

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE LYON-NORD

Année 1977 N° 298

ETUDE DE 125 DOSSIERS D'ENFANTS
NES DE MERES DE MOINS DE 18 ANS
ET HOSPITALISES DANS UN SERVICE
DE NEO-NATOLOGIE
de 1967 à 1976

THESE

présentée

à l'université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Sabine PIBOLLEAU née BERAUD

le 4 avril 1947

à LYON - 6ème -

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545306_0029

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE LYON-NORD

Année 1977 N°

**ETUDE DE 125 DOSSIERS D'ENFANTS
NES DE MERES DE MOINS DE 18 ANS
ET HOSPITALISES DANS UN SERVICE
DE NEO-NATOLOGIE
de 1967 à 1976**



THESE

présentée

à l'université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Sabine PIBOLLEAU née BERAUD

le 4 avril 1947

à LYON - 6ème -

UNIVERSITEIT LEIDEN
BIBLIOTHEEK

1911

ETUDE DE 125 DOCTEURS TRICHAITS
DES DE MERE DE MOINS DE 10 ANS
ET HOSPITALIS DANS UN SERVICE
DE NEUROLOGIE
DE 1907 A 1910



1911

1911-1910
1911-1910
1911-1910
1911-1910

1911-1910
1911-1910
1911-1910

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président : M. PONCET

Troisième Vice-Président : M. BONNET

=====

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

=====

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE Grange-Blanche : Directeur : Docteur SALLE (M.C.A.)

Alexis Carrel : Directeur : Professeur MORNEX

Sud-Ouest : Directeur : Professeur NORMAND

Lyon-Nord : Directeur : Docteur NEIDHARDT (M.C.A.)

Directeur Honoraire : Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : Professeur REVILLARD J.P.

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : Docteur MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : Professeur BIZOLLON C.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : Professeur VINCENT R.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE :

Président du Conseil de l'U.E.R. : Professeur R. GUILLET

Directeur : M. MILLON A.

MATHEMATIQUES : Directeur : Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Directeur : Professeur J. DELMAU

CHIMIE et BIOCHIMIE : Directeur : Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : Professeur WORDE J.F.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 1 : Directeur : Professeur POUYET B.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 2 : Directeur : M. GALLET J.

Directeur E.N.S.A.M.

OBSERVATOIRE : Directeur : M. MONNET Guy

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur : Mlle COMTE BELLOT.

=====

EXAMINATEURS DE LA THESE :

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE BETHENOD
ASSESSEURS : MONSIEUR LE PROFESSEUR FREDERIC CHARVET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MICHEL DAVID
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE PIERRE GUIBAUD

que nous remercions de bien vouloir juger, sans trop de sévérité, ce travail imparfait.

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES ENFANTS

A MES FRERES ET SOEURS

A MES BEAUX PARENTS

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE BETHENOD

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a prodigué, et la gentillesse qu'il nous a toujours manifestée.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FREDERIC CHARVET

*que nous remercions pour son enseignement en obstétrique,
et pour la sympathie qu'il nous a chaque fois témoignée.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ MICHEL DAVID

*dont nous admirons la puissance de travail.
Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de juger
notre thèse.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ PIERRE GUIBAUD

*dont nous avons appris à apprécier l'esprit critique, allié
à tant de simplicité, et que nous remercions de l'intérêt qu'il
a bien voulu nous accorder.*

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTOYE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GARIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARVET
MONSIEUR LE PROFESSEUR BETHENOD
MONSIEUR LE PROFESSEUR THIVOLLET
MONSIEUR LE PROFESSEUR LARBRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRETTE
ET AU REGRETTE PROFESSEUR MARION J.

EN TEMOIGNAGE DE MA GRATITUDE.

*"Mais qui donc a rendu
Les jours à ma vie
Le soleil à mon été
Les étoiles à ma nuit
Mon enfant."*

Leïla (17 ans)

PLAN GENERAL

1ère partie : les motifs d'hospitalisation de ces enfants.

2ème partie : qui sont ces jeunes mères ?

3ème partie : Etude du produit de conception.

ABREVIATIONS UTILISEES DANS LE TEXTE

AB	Antibiotique
AP	Accouchement prématuré
AT	A terme
CIV	Communication inter-ventriculaire
DR	Détresse respiratoire
EEG	Electro-encéphalogramme
FCP	Fosse cérébrale postérieure
HM	Hémorragie méningée
HIV	Hémorragie intra-ventriculaire
IA	Inhalation amniotique
IU	Infection urinaire
LA	Liquide amniotique
LCR	Liquide céphalo-rachidien
MMH	Maladie des membranes hyalines
NG	Néphropathie gravidique
NN	Nouveau-né
PL	Ponction lombaire
PN	Poids de naissance
PP	Placenta praevia
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RP	Radio pulmonaire
RPM	Rupture prématurée des membranes
SC	Souffrance cérébrale
UIV	Urographie intra-veineuse

INTRODUCTION

Cette étude porte sur 125 enfants nés de 1967 à 1976 de 120 mères âgées de 18 ans et moins, et hospitalisés dans le service de néo-natologie de l'hôpital DEBROUSSE (Pr BETHENOD).

Matériel d'étude et objet de la thèse

Au sein du service, ces 125 dossiers n'ont été sélectionnés que par le critère âge maternel qui est donc inférieur ou égal à 18 ans. Pendant ces 10 années, le chiffre total des entrées a été de 7 486 ; la proportion de mères mineures est donc de 1,67 %.

La répartition en est la suivante selon les années

ANNEE	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
NOMBRE	10	8	9	15	12	20	13	12	11	15

Cette étude ne peut pas refléter l'ensemble de la population gestante mineure, car une faible partie seulement des enfants a besoin d'une hospitalisation. On insiste sur le caractère pathologique des grossesses étudiées et de leur produit de conception. De plus il n'a pas été question de rapporter les chiffres étudiés à une population témoin de maternité, ou à l'ensemble des maternités lyonnaises, ce caractère statistique n'étant pas répertorié.

Le but de notre étude a été de déterminer si ces enfants nés de très jeunes mères présentent plus particulièrement durant la période néo-natale certaines affections pathologiques.

Les dossiers étudiés sont pédiatriques ; ils peuvent donc présenter des lacunes en ce qui concerne les renseignements généraux et obstétricaux maternels.

Dans chaque dossier nous avons étudié :

1) *Pour la mère de l'enfant* : l'âge, la nationalité, la situation sociale (célibataire ou mariée), la profession, la parité, les antécédents obstétricaux (et généraux s'ils sont notés), le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

2) *Pour l'enfant* : le coefficient d'Apgar, le poids de naissance, la durée de gestation, la pathologie néo-natale, la pathologie secondaire quand elle est connue, de même que l'évolution.

Dans la mesure du possible, nous avons essayé de comparer les différents résultats de cette étude avec l'ensemble de la population néo-natale hospitalisée dans le service, en se référant au nombre global des divers éléments généraux et pathologiques répertoriés.

NOTA

Les nombres cités entre parenthèses tout au long du texte correspondent aux numéros des observations répertoriées par ordre selon la date de naissance des enfants. (La liste des dossiers se trouve dans le service du Pr BETHENOT).

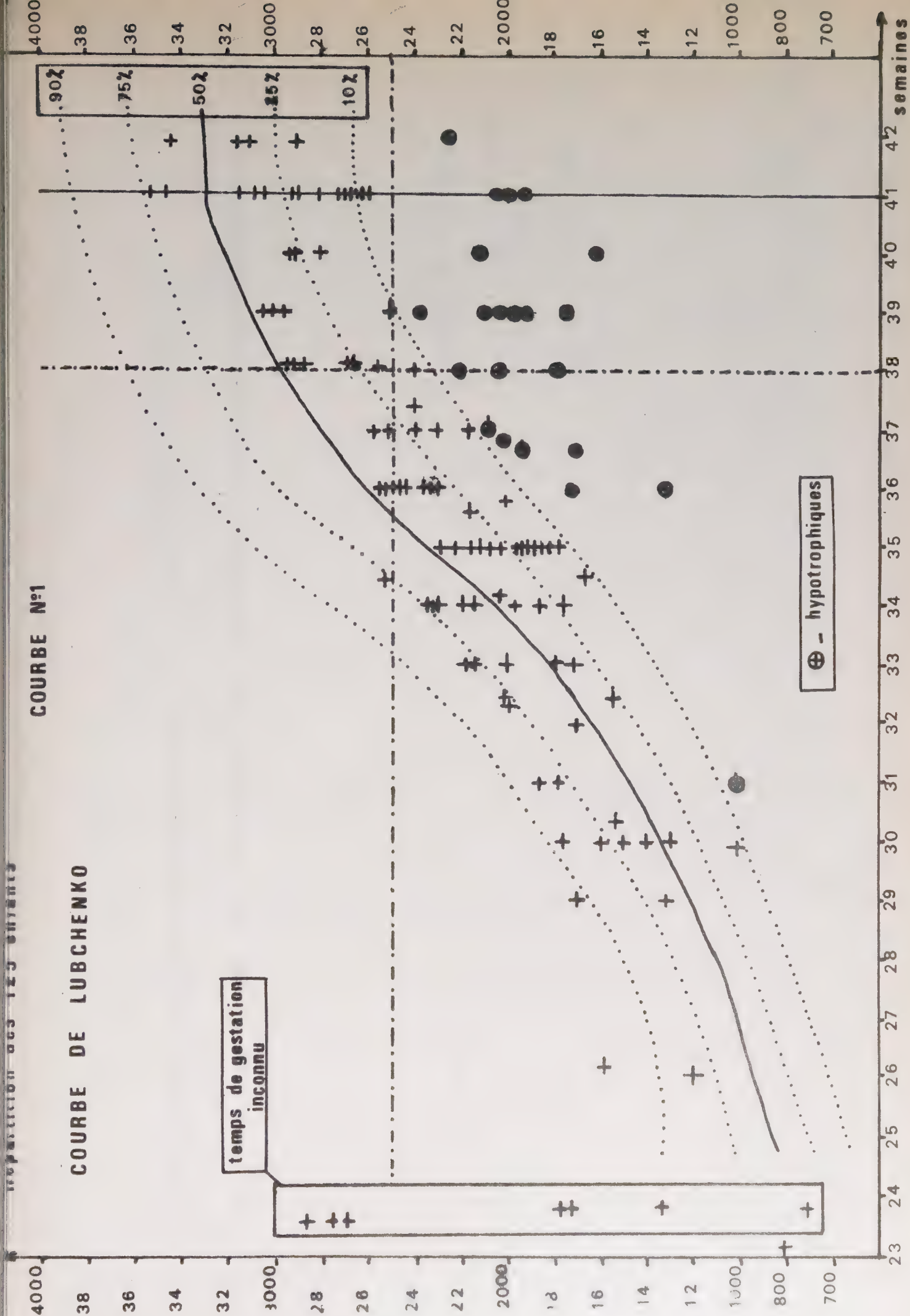
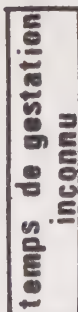


TABLEAU N°2

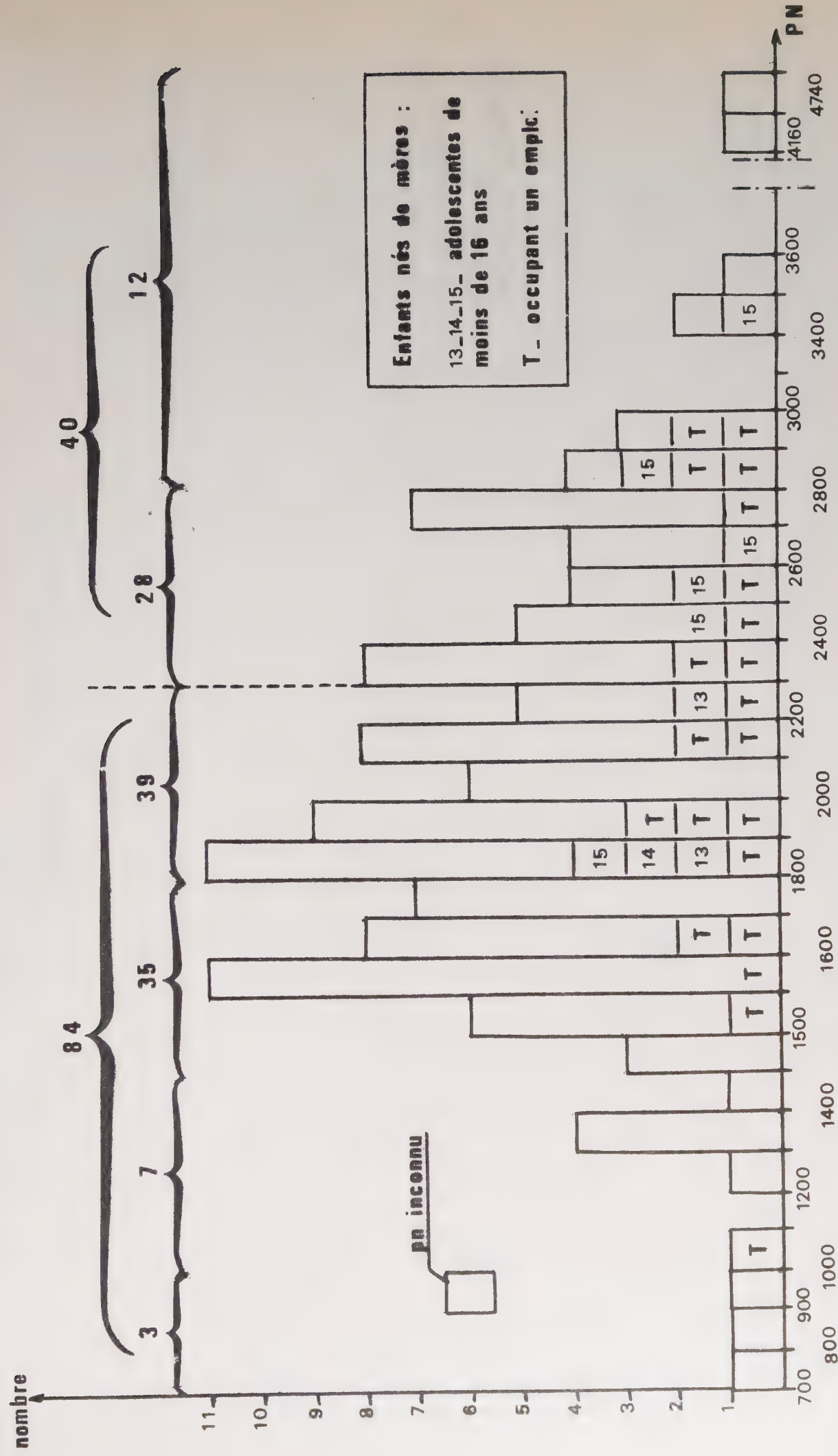
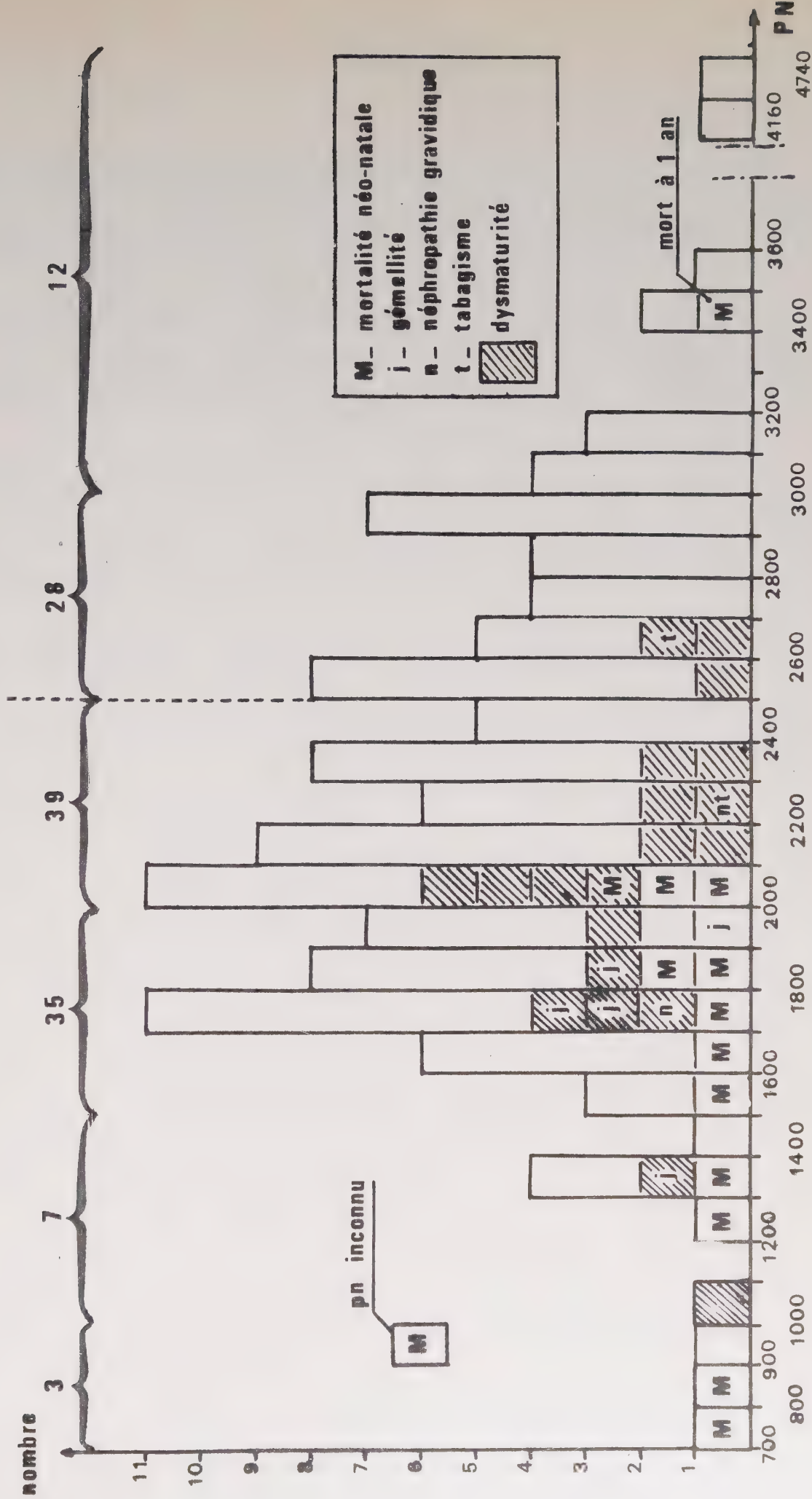


TABLEAU COMPARATIF N°3

Hypotrophie fœtale et mortalité



LES MOTIFS D'HOSPITALISATION DE CES ENFANTS

Ils sont tous envoyés par les maternités de la région lyonnaise pendant la période néo-natale (Ière semaine de vie).

I- 72 (soit 58,4 %) sont prématurés

Le prématuré étant défini comme pesant à la naissance 2 500 grammes ou moins, et dont la durée de gestation est inférieure ou égale à 37 semaines, calculée à partir de la date des dernières règles.

II- 17 (soit 13,6 %) sont des nouveaux-nés débiles à terme.

Le PN est inférieur à 2 500 grammes, mais la durée de gestation est au moins égale à 38 semaines. Ils sont hospitalisés soit pour une pathologie particulière soit à titre systématique comme PN.

III- 35 (soit 28 %) sont des nouveaux-nés à terme normo-matures (PN supérieur 2 500 gr.). Ils sont hospitalisés pour des raisons variées :

- 3 pour surveillance à la suite d'une souffrance foetale, soit à cause de mauvaises conditions d'accouchement, soit après une grossesse "à risque" :

- . un forceps sur bassin rétréci après épreuve du travail. Apgar à 5 (114)
- . une souffrance foetale à l'expulsion. Apgar à 4. Premier cri retardé. Réanimation par cathétérisme ombilical (108).
- . une souffrance foetale par néphropathie gravidique maternelle. Accouchement par Toulousaine. Bon état du nouveau-né (96).

- 9 pour problèmes digestifs , soit diarrhée, soit vomissements.

- . 4 diarrhées à coproculture négative (49-102-115-120)
- . 2 vomissements de cause alimentaire (69-98)
- . 3 causes malformatives à des vomissements (2 malpositions cardio-tubérositaires (36-77)

- 6 pour détresse respiratoire

- . avec cyanose ou polypnée.
- . 1 tachypnée transitoire (57)
- . 1 détresse respiratoire idiopathique.
- . 2 inhalations amniotiques (dont 1'une associée à une souffrance cérébrale (99-110), toutes rapidement régressives.

- 3 pour cardiopathie

- . 1 asystolie survenue au 4ème jour de vie avec HVD électrique ; restée sans diagnostic et régressive (51).
- . 1 souffle systolique découvert lors du 2ème examen systématique à la maternité associé à une absence de prise de poids ; il s'agissait d'un canal artériel qui s'est fermé en quelques mois (85).

- . 1 CIV probable bien supportée mais qui a été hospitalisée à cause de geignements isolés, vite régressifs (117).
- 3 pour une hyperthermie qui s'est révélée non infectieuse, et rapidement résolutive (47-55-101).
- 3 pour une infection sévère
 - . 1 maladie des inclusions cytomégaliqes (56)
 - . 1 méningite purulente à Streptocoque (103)
 - . 1 septicémie avec pneumonie (95).
- 1 pour malformation génito-urinaire : hypospade (82)
- 1 pour une tuméfaction paratrochantérienne, (plaque de cytotéatonécrose) (59).
- 1 pour des trémulations idiopathiques (113).
- 1 pour état d'anémie aigüe avec souffrance cérébrale (12)
- 1 pour test de COOMBS +, chez un enfant de mère Rhésus Négatif ; il a été négatif au 2ème contrôle (76).
- 3 pour un simple bilan pour adoption (31-70-119).

Tous les cas pathologiques cités seront étudiés plus en détail au chapitre pathologie-néo-natale ou malformations.

SECONDE PARTIE

QUI SONT CES JEUNES MERES ?

I- LEUR AGE

II- LEUR NATIONALITE

III- LEUR SITUATION MATRIMONIALE - LE PERE DE L'ENFANT

IV- LEUR NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

V- LA PARITE ET LEURS ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

VI- LA SURVEILLANCE DE LA GESTATION

VII- LEUR PATHOLOGIE GRAVIDO-PUERPERALE

Etant donné que les enfants étudiés ont été hospitalisés, on peut dire que toutes les mères ont présenté une grossesse dite "à risque".

I- LEUR AGE

AGE	13	14	15	16	17	18
NOMBRE	2	2	5	29	60	22
	-----				-----	
					50 %	
				-----	-----	
					92,5 %	

Il y a très peu de très jeunes adolescentes. 9 seulement ont moins de 16 ans. Les deux plus jeunes de 13 ans ont accouché en 1976 : simple constatation.

II- LEUR NATIONALITE

98 sont françaises - soit 81,7 %

22 sont étrangères - soit 18,3 %

- 9 sont Nord-Africaines. 5 sont mariées. Elles ont 16,16,17,17 et 18 ans.
4 sont célibataires. Elles ont 17,17,18 et 18 ans.
- 2 sont Espagnoles
16 et 18 ans, célibataires.
- 5 sont Portugaises : 1 mariée de 16 ans
4 célibataires, et parmi les plus jeunes : 13,14 et 17 ans.
- 2 sont Italiennes : 1 mariée de 17 ans
1 célibataire de 17 ans.
- 2 sont Martiniquaises : célibataires de 17 et 18 ans.
(l'une est péripatéticienne).
- 1 est réunionnaise, de 17 ans, vivant maritalement avec un compatriote.

III- LEUR SITUATION MATRIMONIALE - LE PERE DE L'ENFANT

- 42 sont mariées avant la conception. Ce n'est pas toujours clairement indiqué dans les dossiers. Elles ne représentent que 35 %.
- 78 (65 %) sont célibataires lors de la conception.
Parmi elles, 32 se marient en cours ou à la fin de cette grossesse avec le père de l'enfant.
Donc 46 (soit 38 %) sont encore célibataires après la naissance.
- 11 d'entre elles abandonnent leur enfant dès la naissance. Nous ne connaissons pas les abandons tardifs.

Dans 32 cas, nous n'avons aucun renseignement sur lui. L'étude porte donc sur 88 pères.

1) *Son âge* (sur 79 dont l'âge est connu)

- . la moyenne est de 20, 4 ans
- . avec comme extrêmes : 16 et 39 ans
- . 66 ont entre 18 et 25 ans.

2) *Sa nationalité* : 22 sont étrangers, c'est à dire 1/4. Parmi ceux-là :

- 10 sont mariés avec la jeune mère : 7 fois, ils sont de même nationalité (2 portugais et 5 Nord-Africains), et 3 fois de nationalité différente.
- 7 autres se marient pendant la grossesse.
 - . 1 Réunionnais avec sa compatriote
 - . 4 Nord-Africains, 1 Italien, 1 Russe, avec des Françaises.
- Les 5 derniers n'épousent pas la mère, française, de leur enfant.

3) *Son milieu socio-professionnel.*

Son activité professionnelle n'est notée que dans la moitié des cas environ. Sur 63, on note :

- 1 comptable
- 1 employé de bureau
- 1 dessinateur
- 3 boulangers
- 2 menuisiers
- 1 hôtelier
- 1 plombier
- 1 maçon
- 1 paysagiste
- 6 peintres
- 6 chauffeurs-livreurs
- 4 mécaniciens
- 30 sont ouvriers d'usine
- 2 sont au service militaire
- 1 sans profession
- 2 lycéens.

Donc, dans la mesure où l'on connaît son métier, le père est dans l'extrême majorité des cas de la catégorie socio-professionnelle des O.S. et artisans. Il appartient au même milieu que la jeune femme.

IV- LEUR NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Il s'agit d'une brève étude des facteurs influencés par le milieu socio-économique.

Un premier facteur important à noter est d'abord l'impact du jeune âge de la mère qui conditionne avant tout son style de vie.

1) *Etude des activités professionnelles.*

On trouve des lacunes dans les dossiers d'après les renseignements inscrits :
. 21 (soit 17,5 %) sont scolaires ou apprenties, dont les 9 adolescentes de moins de 16 ans, obligatoirement scolarisées.

. 25 ont un travail déterminé. Parmi elles, 5 sont mariées, 20 sont célibataires.

- Parmi les 78 non mariées, donc à leur propre charge où à celle de leurs parents, seulement 41 ont une activité, la moitié à l'école, l'autre moitié avec un travail rétribué.
- Nous n'avons aucune notion d'activité chez les 37 autres. Cependant, 24 d'entre elles se marient en cours de grossesse et peuvent alors abandonner leur travail.
- Bien peu de jeunes femmes mariées ou vivant maritalement ont un métier qu'elles exercent : 5 seulement.
- Quel métier exercent-elles alors ?

. Aucune profession de la classe 1 (c'est à dire cadres, professions libérales, et enseignement), et c'est compréhensible vu leur jeune âge.

Mais dans la statistique de Ghislaine GELIOT, sur 499 célibataires étudiées, de tous âges, 2 seulement rentrent dans ce cadre professionnel.

- 1'une est dessinatrice
- 3 sont employées de bureau
- 2 sont vendeuses
- 12 sont ouvrières (dont 3 dans l'industrie textile ou la couture)
- 5 appartiennent au personnel de service (employées de maison, femmes de service ou concierges).

On regrette de n'avoir aucun renseignement sur la famille de la jeune mère, ni sur son milieu socio-professionnel.

On a vu que le père appartient en règle générale à la même classe socio-professionnelle ; mais là aussi peut intervenir le jeune âge moyen (20 ans).

Un rapport de l'OMS de 1961, confirme le fait que les facteurs socio-économiques médiocres augmentent le risque de prématurité et d'hypotrophie foetale.

Dans notre statistique, il n'y a aucune différence, quant au poids de naissance de l'enfant, entre les mères qui travaillent et les autres.

Quant à l'influence du travail sur la mortinatalité, là non plus il n'y a rien de significatif (4 mères sur les 12 ayant perdu leur enfant en période néonatale avaient une activité professionnelle).

2) *Autres facteurs d'évaluation*

A) Un certain nombre de facteurs n'ont pu être étudiés faute de documents. Il s'agit :

- a) des conditions de logement
- b) de l'alimentation de la mère
- c) des intoxications éventuelles

Une seule a été plus spécialement étudiée : le tabac pendant la grossesse. On sait qu'il augmente le risque de prématurité et d'hypotrophie.

6 mentionnent leur tabagisme (c'est à dire au moins 10 cigarettes par jour) et accouchent :

- . 1'une de jumeaux prématurés
- . 3 de prématurés (dont 1'un est un grand prématuré - 1 340 grammes - et dont la mère présente de gros problèmes affectifs).
- . 2 d'enfants hypotrophiques (dans un cas, il y a en plus néphropathie gravidique).

B) Les facteurs d'ordre psychique

Ils méritent une attention toute particulière, étant donné que beaucoup de ces jeunes mères attendent leur enfant dans des conditions de tension psychologique, tout-à-fait propres à influencer de façon néfaste le cours de leur grossesse. C'est également dans ces cas que se pose après la naissance, le problème de l'aide que l'on peut apporter au couple mère/enfant, pour le bon développement psycho-affectif de cet enfant, en général parallèle à la bonne insertion sociale de sa mère.

Nous en reparlerons au moment de l'évolution somatique et psychologique des enfants suivis.

Les renseignements concernant l'état psychologique maternel sont malheureusement très minces, l'interrogatoire n'étant pas souvent orienté dans ce sens, nous retenons pourtant :

a) 6 cas - 4,8 % - d'antécédents récents neuro-psychiatriques.

1°) a des antécédents névrotiques soignés 1 an avant sa grossesse. Elle fait une néphropathie gravidique (NG) avec pré-éclampsie à l'accouchement nécessitant une Toulousaine, avec souffrance foetale (96).

2°) a dû prendre un traitement tranquillisant en milieu de grossesse. Il y a intoxication tabagique et NG. Elle accouche à 37 semaines d'un prématuré hypotrophique de 2 200 grammes (78).

3°) n'est pas suivie pendant sa grossesse ; elle est hospitalisée un mois et demi dans un service psychiatrique avant d'accoucher prématurément vers 7 mois d'un enfant de 1 780 grammes (20).

4°) a été traitée pour dépression nerveuse gravidique. Elle accouche d'un prématuré de 1 780 grammes (18).

5°) et 6°) on signale chez elle une "fatigue nerveuse" pendant la grossesse. L'une accouche après une R.P.M. d'un prématuré de 1 780 grammes et l'autre presque à terme, d'un enfant de 2 550 grammes (50, 62).

2 cas sociaux retiennent également l'attention :

- Une jeune Française de 16 ans est suivie par la Sauvegarde de l'Enfance. Multi-placée pendant ses années d'adolescente, elle manifeste un tempérament de fugueuse. Elle est finalement "recueillie" par la famille de celui qui devient le père de son bébé, famille qui est elle-même connue par la brigade des mineurs.

Dans ce contexte, elle fait un accouchement prématuré (1 340 grs). L'enfant après un séjour sans problème dans le service, est placé un temps en nourrice, puis la mère se marie, après des hésitations. Elle n'est pas revue. (87).

- Une Portugaise de 17 ans, accouche à terme d'un bel enfant (3 400 grs) par forceps indiqué devant une souffrance foetale, après une R.P.M. de plusieurs jours. Elle est placée par le Juge des enfants à la Maison des Mères, et comme toutes ces jeunes femmes ayant fait un séjour à la Maison des Mères, elle est totalement perdue de vue, même par le service social de l'hôpital. (110).

Sur ces 8 observations, le risque de prématurité et d'hypotrophie est de 5/8 (62,5 %).

Seraient à inclure dans ce chapitre, tous ces cas où le déroulement de la grossesse ne s'est pas passé selon les normes habituelles ; en particulier :

- les grossesses méconnues ou dissimulées dont nous allons reparler plus loin.
- le cas de la jeune prostituée.
- les onze maternités qui se concluent par un abandon, dont on ne connaît pas le contexte psychologique.
- Et dans tous les cas de mères qui sont dans une situation illégitime devant la loi, et dont on ne sait comment elles sont accueillies par leur entourage : attitude des parents, et incidence de cette grossesse sur leur avenir. Nous en reparlerons plus longuement lors de l'étude des difficultés psychologiques et éducatives des jeunes mères célibataires.

V- LA PARITE ET LES ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

1) 10 ont déjà un (8 cas) ou deux (2 cas) autres enfants ; elles sont mariées, sauf une Algérienne qui accouche de son 2ème. Il y a parmi elles deux cas d'accouchement prématuré lors des grossesses antérieures. Le taux de prématurité sur ces 10 grossesses actuelles (correspondant à la 2ème - 8 cas - ou à la 3ème - 2 cas) est de 80 %, alors qu'elles ne sont pas primipares. On sait pourtant que la primiparité est un facteur de prématurité ; ces grossesses antérieures sont dans tous les cas survenues l'année précédente à celle étudiée ici et l'âge de la 1ère grossesse jamais inférieur à 15 ans.

3 seulement sont étrangères (2 algériennes et 1 Noire d'Afrique).

1 seule a avoué 3 grossesses antérieures interrompues volontairement. On suppose qu'il y a un certain nombre d'avortements antérieurs, bien naturellement inavoués.

2) Les 110 autres sont primipares.

VI- SURVEILLANCE DE LA GESTATION

16 de ces jeunes femmes - 13,3 % - n'ont pas été suivies pendant leur grossesse. 14 d'entre elles sont célibataires.

- 1) 2 abandonnent leur enfant et nous n'avons pas leur dossier.
 - l'une, 17 ans, a accouché d'un gros enfant à terme (AT) (4 740 grs), hospitalisé pour hyperthermie transitoire (55).
 - la 2ème, 15 ans, a accouché d'une fille de 2 740 grs, hospitalisée pour un bilan d'adoption. Elle présente seulement une microphthalmie gauche (70).

- 2) 3 autres n'ont probablement pas été suivies ; nous n'avons aucun renseignement sur leur grossesse.
- l'une de 16 ans, scolaire, accouche d'un enfant hypotrophique : 1960 g. pour 39 semaines (92).
 - la 2ème de 14 ans, accouche AT d'un garçon de 3 460 grs, qui est hospitalisé pour bilan d'adoption. Malheureusement il mourra à l'âge d'un an d'une méningite à Pfeiffer (31).
 - la 3ème de 16 ans, Marocaine, ouvrière, présente une rupture prématurée des membranes (RPM) 2 jours avant d'accoucher d'un grand prématuré de 1 000 grs, également dysmature. Malgré quelques réserves premières sur son développement cérébral; il semble que son avenir soit bon (41).
- 3) 2 grossesses sont méconnues par deux écolières très jeunes.
- l'une a treize ans. L'accouchement aura lieu par césarienne pour faire croire à la jeune fille qu'elle a subi une intervention chirurgicale. L'enfant (un garçon à peine prématuré de 2 490 grs à 36 semaines) sera adopté sans que son existence soit connue par sa mère (111).
 - l'autre a 14 ans, Portugaise, lycéenne. Elle accouche à domicile d'une fille hypotrophique. 2 050 grs - à peu près AT -; l'enfant va bien et n'est pas revu (97).
- 4) Une est dissimulée par une lycéenne de 17 ans qui accouche d'un garçon de 2 700 grs qu'elle abandonne (43).
- 5) 8 grossesses sont manifestement sans aucune surveillance :
- . 1 Algérienne mariée de 18 ans, accouche à domicile d'un prématuré - 33 semaines, 1 820 grs. Bon pronostic après un épisode de cyanose et d'expectoration mousseuse (60).

Les 7 autres sont Françaises et célibataires.

- . 18 ans, sans profession, l'enfant n'est pas prématuré, pèse 2 850 grs et est hospitalisé pour des vomissements liés à une malposition cardiotubérositaire (77).
- . 17 ans, présente à l'accouchement une H.T.A. à 18. L'enfant, naît par forceps car la mère refuse de coopérer, est peu prématuré mais hypotrophique - 2 400 grs - à part une courte réanimation les suites sont simples. Donc probablement néphropathie gravidique (NG) non dépistée pendant la grossesse (109).
- . 16 ans, accouche à 8 mois de grossesse d'un garçon de 1 700 grs, donc hypotrophique, porteur d'une omphalocèle. L'intervention est simple mais l'enfant décède des suites opératoires (9).
- . 17 ans, accouche à 36 semaines par césarienne d'une fille de 2 300 grs légèrement dysmature, qu'elle abandonne. L'enfant sera pète à l'adoption (119).
- . 16 ans, accouche à domicile aux alentours de 6 mois de gestation, d'un prématurissime de 700 grs, entré dans le Service avec une hypothermie majeure, et décédé à 17 heures de vie. (64).
- . 16 ans, la grossesse n'est pas surveillée ; on sait cependant qu'elle a présenté une infection urinaire (I.U.), une albuminurie et des oedèmes, donc une néphropathie. Elle accouche prématurément à 36

semaines de jumeaux hypotrophiques - 1 720 et 1 320 grs. Elle se marie en cours de grossesse avec le père des enfants qui est Algérien-Espagnol, porteur d'une cardiopathie congénitale (?), et fait suivre ses jumeaux pendant 26 mois. Leur développement psycho-moteur est bon. L'un, après quelques signes de souffrance cérébrale mineurs présente une I.U. liée à un reflux vésico-urétéral traité médicalement ; l'autre a une macrocéphalie avec transillumination très positive dans les premières semaines. On note une dextrocardie isolée ; à l'an il fait lui aussi une I.U. sans anomalie anatomique ; l'évolution sur le plan cérébral sera très bonne (53-54).

- . 18 ans, grossesse non suivie. Elle est hospitalisée dans un service de Neuro-psychiatrie jusqu'à l'accouchement aux environs de 7 mois (1880 grs). Elle abandonne son enfant à la Cité de l'Enfance (20).

En conclusion sur ces 16 grossesses non surveillées :

- Il y a six enfants abandonnés dont 2 nés par césarienne,
- 2 enfants sont morts en période néo-natale (suite d'intervention et grande prématurité).
- Sur les 8 restantes,
 - . 3 fois les nouveaux-nés sont prématurés.
 - . 3 fois ils sont hypotrophiques
 - . 1 fois (grossesse gémellaire avec néphropathie), les jumeaux sont à la fois prématurés et dysmatures.

Il faut donc noter le rôle néfaste de ce manque de surveillance de la gestation, tant sur le plan de la prévention de la prématurité que celui de la préparation psychologique de la venue de cet enfant, comme en est témoin ce chiffre de 6 abandons sur 16 naissances.

VII - LEUR PATHOLOGIE GRAVIDO-PUERPERALE.

Sur les 120 jeunes femmes de notre étude, 68 ont accouché prématurément et 17 ont donné naissance à des nouveaux-nés dysmatures.

Comme nous l'avons déjà dit, le recrutement des cas étudiés implique forcément un haut chiffre de prématurité, et il est donc certain que le pourcentage recueilli n'est absolument pas le reflet de la prématurité chez l'ensemble des grossesses survenues avant l'âge de 18 ans.

Il est d'autre part à signaler que dans la littérature, au chapitre concernant les circonstances étiologiques de la prématurité, l'âge maternel ne donne lieu à aucune remarque, mais par contre on note l'incidence de l'illégitimité.

En effet, une des causes primordiales de la prématurité chez ces jeunes femmes, semble être cet état socio-économique défavorable lié aux difficultés matérielles, à cette grossesse le plus souvent non désirée, et à l'opprobre jetée encore à notre époque aux mères ou futures mères célibataires ; il en découle un sentiment de honte, un désir de cacher cette grossesse dans certains cas, avec donc absence de surveillance et risque plus grand lorsqu'il n'y a pas dépistage des affections suivantes, d'accouchement prématuré, de souffrance foetale, ou de retard de croissance intra-utérin.

Etudions les facteurs maternels autres que l'état psychologique pouvant être responsables de toutes ces dysgravidies.

1) *Les maladies de la grossesse*A) La néphropathie gravidique (NG)

Cette grande pourvoyeuse habituelle des retards de croissance intra-utérins (RCIU) peut-être définie, en rappel, comme la présence durant le 3ème trimestre de au moins deux des trois signes de la triade : oedèmes, H.T.A. supérieur ou égal à 14/9, protéinurie.

9 cas : ce qui correspond à une atteinte de 7,5 % de l'ensemble des 120 grossesses.

On sait que le pourcentage moyen de N.G. est de 1 % de l'ensemble de la population générale.

Dans la statistique de Madame Géliot, "la grossesse hors mariage", le pourcentage recueilli est de 3,2 % (et 29 % de ces mères célibataires ont 20 ans ou moins).

Cette N.G. est responsable ici de :

- 2 prématurés	36 semaines	2 500 grammes
	33 semaines	2 180 grammes

- 5 R.C.I.U. à peine prématurés

38	"	1 780	"
38	"	2 200	"
38	"	2 030	"
37	"	2 570	"
37	"	2 400	"

- 1 prématuré avec gros RCIU

35	"	1 780	"
----	---	-------	---

- Une seule fois le fœtus a une croissance normale (il est hospitalisé pour une pathologie sans rapport).

On note donc un très gros risque de cette NG sur l'avenir du fœtus, et l'incidence très importante de cette NG chez ces très jeunes femmes. Deux de ces neuf grossesses n'ont pas été suivies.

Le pourcentage de NG comme cause responsable de prématurité et de RCIU est pour l'ensemble des grossesses de 5,7 % (INSERM -Enquête réalisée en 1974) et COATES note dans sa statistique réalisée en 1970 14,9 % de NG chez les 137 femmes Noires de moins de 14 ans, par rapport à 7,9 % des 2.968 femmes plus âgées que 14 ans.

Ici, elle est responsable de ces facteurs, 8 fois sur 85, c'est à dire dans 9,4 % de l'ensemble des prématurés et dysmatures.

Elle est notée dans 5,94 % des grossesses pour l'ensemble des hospitalisés du Service.

B) Les équivalents mineursa) excès de prise de poids pendant la grossesse.

Les auteurs Américains ont noté qu'il y avait une plus grande fréquence de prises de poids excessives chez les adolescentes de moins de 16 ans.

Ici, ce facteur est noté 4 fois (3,3 %). Il ne s'agit pas des plus jeunes. Il y a parmi elles, deux accouchements prématurés, un RCIU à terme.

b) Albuminurie simple

5 présentent à un moment quelconque de leur grossesse une albuminurie qualitative isolée non chiffrée. Elle ne donne lieu à aucun commentaire.

C) L'infection gravido-puerpéralea) Infection du tractus urinaire

Nous avons 7 cas d'infection urinaire dépistés et traités en cours de grossesse. (50, 51, 54, 75, 81, 83).

- 4 I.U. non précisées
- 2 pyélonéphrites
- 1 pyélite droite récidivante tout au long des 6 derniers mois, traitée les 2 derniers par Pénicilli.

Cette infection urinaire touche 5,8 % des mères, contre 4,38 % pour l'ensemble du Service.

Elle correspond ici à :

- Une grossesse gémellaire prématurée (53-54)
- 5 accouchements à terme dont deux hypotrophiques (l'un de 2 100 grs à 39 semaines avec un cordon "tressé" pouvant être responsable de l'hypotrophie -64), l'autre de 2.030 grammes à 38 semaines avec circulaire cervical et souffrance foetale ; liquide amniotique méconial (81).
- Le 7ème présente une souffrance foetale à l'expulsion nécessitant une réanimation parentérale (108).

b) Foetopathie. Un cas possible (51)

La mère a probablement contracté une rubéole pendant les premiers mois de gestation (nous n'avons pas les résultats du dosage d'anticorps fait à la maternité). L'enfant avait à la naissance une cardiopathie congénitale non-étiquetée qui s'est manifestée par une asystolie au 4ème jour régressive ; dans les suites il a fait une arthrite de hanche à Protéus qui a laissé des séquelles orthopédiques, il a été suivi extra-muros (au Creusot) et la cardiopathie est tombée dans l'oubli.

c) Autre pathologie infectieuse

- Un érythème noueux de Primo-infection tuberculeuse diagnostiqué et traité en début de grossesse par du Rimifon. L'enfant est normo-mature et présente seulement une petite inhalation. Il est abandonné. (99)
- Deux vaginites seulement signalées ; l'une avec I.U. , l'autre traitée deux jours avant l'accouchement et correspondant au cas de maladie des inclusions cytomégaliqes du nouveau-né (56).

D) Autres facteurs maternels notables

On note très peu de choses.

- La taille de ces jeunes femmes ne mérite aucun commentaire.
- Dans l'étude faite par OBENG sur la grossesse chez les moins de 16 ans est notée la grande fréquence de l'anémie (7,7 %). Un seul cas est noté ici (0,8 %) (14).

- La mère d'un prématuré est une comitiale traitée (0,83 % contre 0,51 %).
- Une femme a présenté des vomissements sévères au cours du 3ème trimestre ayant justifié une hospitalisation : hypotrophie foetale légère (71).

E) A noter que nous n'avons relevé aucun diabète (0,55 % pour l'ensemble du Service), ni aucune malformation utérine.

2) *Les anomalies de la Gestation*

A) La gémellité

On note 6 grossesses gémellaires (soit 5 % de l'ensemble), mais 11 enfants sont hospitalisés seulement sur les 12.

- Cas n° 1 - Dysmatures à terme (AT) : 1.920 grs et 1.750 grs - 39 semaines - ils seront bien suivis jusqu'à 6 ans 1/2. Ils feront que des ennuis d'ordre psychologique.
- Cas n° 2 - Naissance prématurée (34 semaines). L'un des jumeaux meurt au 3ème jour d'une membrane hyaline ; l'autre, né en siège 2.350 grs - ne fait qu'une petite inhalation amniotique. L'évolution est bonne du moins jusqu'à 8 mois.
- Cas n° 3 - Naissance prématurée (34 semaines) après une grossesse marquée seulement par des oedèmes des membres inférieurs. Un seul jumeau est hospitalisé (on ne sait rien du deuxième) poids de naissance (PN) de 1.860 grs ; il fait une septicémie à staphylocoque mortelle au 6ème jour, après avoir présenté une détresse respiratoire (DR) progressive due à une hémorragie intra-pulmonaire et une MMH (45).
- Cas n° 4 - Grossesse non surveillée (vue cependant pour une IU avec oedèmes). Naissance des deux enfants en siège à 36 semaines - 1.720 grs et 1.320 grs - La période néo-natale se passe sans problèmes, mais ils présentent tous deux à l'âge d'un an un épisode d'I.U. relié chez l'un à un reflux vésico-urétéral. Le pronostic chez ces deux enfants est bon ; ils sont suivis jusqu'à 26 mois (53-54).
- Cas n° 5 - Grossesse normale. Naissance prématurée vers 7 mois 1/2 - 2.150 grs et 1.760 grs - les jumeaux sont suivis jusqu'à 1 an où leur développement est normal. (66-67).
- Cas n° 6 - Grossesse normale - Naissance prématurée à 35 semaines - 1.850 grs et 1.950 grs - bon développement psychomoteur. (89-90).

CONCLUSION : Ces 6 grossesses gémellaires, dont l'une non surveillée, ont abouti à un AP, 5 fois ; et la 7ème à la naissance d'enfants hypotrophiques. Sur les 11 enfants vus dans le Service, deux sont morts de MMH (avec septicémie chez l'un). Comme il est probable que le jumeau du couple n° 3 non hospitalisé a dû mourir avant son transport dans le Service, la mortalité s'élève à 25 %.

Donc, il faut considérer que la gémellité chez une jeune primipare représente un haut risque foetal.

B) Les menaces antérieures d'A.P.

9 ont présenté des hémorragies sans causes décelées en cours de grossesse et ont finalement accouché prématurément :

- L'une d'une Trisomie 18.
- Parmi les 8 autres, il y a 3 R.P.M.
- Dans deux cas, on signale un tabagisme.

C) Le Placenta Praevia = 2 cas : (1,66 % contre 2,58 % pour l'ensemble du Service).

- le premier est un placenta dit "bas-inséré", infarci, chez une 3ème pare dont les 2 premiers enfants étaient également prématurés. Celui-ci naît à 37 semaines - 2 300 grs. L'Apgar est mauvais : 4 ; il doit être réanimé 10 minutes, présente les premiers jours une D.R. par MMH probable, mais l'évolution est favorable (34).
- Le 2ème est un PP latéral, qui s'est manifesté par des hémorragies répétées au long de la grossesse qui est d'ailleurs très écourtée, car l'enfant naît prématurissime à 23 semaines - 800 grs - et ne vit que 6 jours (73).

Le bilan : un mort, un développement normal.

D) L'hydramnios : 4 cas (3,33 % contre 3,54).

- 3 sont idiopathiques avec AP dont 2 grands prématurés (1-35-116)
- 1 est dû à une atrésie de l'oesophage (125).

E) La béance de l'isthme : 3 cas

- L'une a subi un cerclage inefficace puisqu'elle accouche à 30 semaines (1.600 grs avec R.P.M.) (106).
- L'une est 2ème pare (1ère grossesse très prématurée vers 6 mois). Celui-ci naît à 35 semaines (1.880 grs) (80).
- La 3ème a une béance du col dépistée au 6ème mois mais non cerclée. L'A.P. à 35 semaines a besoin d'un forceps ; l'enfant - 1.820 grs - est réanimé mais les suites sont favorables (83).

Bilan : 3 naissances prématurées.

3) Pathologie de l'accouchement

A) Les Ruptures prématurées des membranes : 13 cas.

Elles vont de quelques heures à 6 jours. L'incidence sur le fœtus est la suivante :

- L'un est post-mature : 42 semaines - PN de 3.440 grs - Le liquide amniotique est méconial, l'enfant a un cordon cervical serré ; la souffrance fœtale est résolutive (110).
- L'un fait une septicémie à Coli avec pneumonie lobaire qui guérit sans séquelles. Elle est survenue à la suite d'une R.P.M. de 3 jours avec vaginite non traitée (95).
- Un 3ème fait une bactériémie à Streptocoque secondaire à une vulvo-vaginite maternelle, sans manifestations cliniques.
- Les 10 autres ont tous eu les prélèvements nécessaires qui sont restés stériles ; ils n'ont eu aucune manifestation infectieuse.

Le risque infectieux de ces R.P.M. est ici de 2/13 (15,4 %).

B) Deux liquides amniotiques teintés sans aucun signe de souffrance fœtale.

C) Durée du Travail anormale

Trois fois seulement elle est notée plus longue que la moyenne.

On retrouve ce qu'ont noté les auteurs américains : l'accouchement est effectivement plus rapide chez les très jeunes femmes que chez l'ensemble des primipares.

D) Mode de Délivrance

a) 6 forceps (5 %)

- 4 pour souffrance fœtale :
 - . après épreuve du travail sur bassin rétréci - Apgar à 5 - Réanimation de 5 minutes (114).
 - . R.P.M. de plusieurs jours - un cordon serré - Apgar à 6 - Réanimation de 5 minutes (110).
 - . Pré-éclampsie - Apgar à 10 (96)
 - . Béance du col - Apgar à 6 (83).
- 2 pour arrêt de progression (124) et non-coopération maternelle (93)

b) Trois césariennes (2,5 %)

- l'une indiquée par un bassin rétréci (la mère mesure 1,45 m) (107).
- La deuxième sans cause précise (111).
- La troisième pour raison psychologique (119). La césarienne a été décidée par l'accoucheur pour éviter à cette jeune femme de 17 ans, dont la grossesse était soi-disant méconnue, le choc psychologique d'une naissance par les Voies naturelles

Cette opinion mérite d'être discutée ; cette attitude est-elle meilleure ou plus facile que celle de prendre en charge ces très jeunes adolescentes sur le plan psychologique une fois mises en face de cette réalité : étant en âge de procréer elles peuvent prendre conscience de leurs responsabilités envers leur enfant, même si l'abandon est décidé.

Conclusion : 9 interventions soit 7,5 % ce qui correspond à un chiffre plus bas que pour l'ensemble du Service (4,45 % pour les forceps et 7,81 % pour les césariennes).

c) Les autres accouchent sans aide instrumentale

d) On note un nombre de 11 présentations du siège, dont 9 chez les prématurés, ce qui correspond au schéma général qui veut que la prématurité augmente la fréquence de cette présentation.

c) Aucune malposition foetale.

E) Les anomalies placentaires.

Outre les anomalies d'insertion, nous avons 6 fois une anomalie du placenta ou des annexes (5 % contre 2,94 %) avec :

- Deux fois grande prématurité (1200/1330 grs) : décédés tous deux de membranes hyalines.
- Une fois hypotrophie (cordon tressé avec notion de pyélite gravidique récidivant
- Trois fois souffrance foetale, avec Apgar inférieur à 8.

F) Par ailleurs :

- 3 fois deux circulaires cervicaux.
- 1 fois un circulaire du tronc.
- 1 fois une anomalie vasculaire du cordon (2 vaisseaux dans le cas de la Trisomie 18).

CONCLUSION DE CETTE ETUDE MATERNELLE

Cette jeune femme mineure qui a présenté une grossesse "à haut risque" puisque son (ou ses) enfant a été hospitalisé durant la période néo-natale :

- est primipare 92 fois sur 100.*
- est étrangère 18 fois.*
- est célibataire lors de la conception (65 fois sur 100).
et l'est toujours à la sortie de la maternité 38 fois sur 100.*
- abandonne l'enfant 9 fois sur 100.*
- est écolière ou apprentie 13 fois sur 100 et travaille 21 fois sur 100.*
- ne s'est pas fait examiner pendant sa grossesse 13 fois sur 100.*
- fait plus souvent que la moyenne des femmes une toxémie gravidique ou une infection urinaire.*
- Le risque le plus important est incontestablement celui de la prématurité (65 fois sur 100).*

Les diverses constatations faites lors de cette étude ne font que confirmer ce que disent MARCHETTI et J.P. DESCHAMPS : sur le plan purement obstétrical, il semble que le très jeune âge ne soit pas un facteur défavorable pour l'entreprise d'une grossesse, mais les difficultés sont essentiellement d'ordre socio-économique et psychologique.

TROISIEME PARTIE

ETUDE DU PRODUIT DE CONCEPTION

- I - SEXE
- II - CONDITIONS DE NAISSANCE
- III - ETUDE DU DEVELOPPEMENT INTRA-UTERIN
- IV - ETUDE DE L'HYPOTROPHIE FOETALE
- V - ETUDE DES MALFORMATIONS
- VI - ETUDE DE LA PATHOLOGIE IMMEDIATE
- VII - ETUDE DE LA MORTALITE
- VIII - PATHOLOGIE SECONDAIRE
- IX - SURVEILLANCE ET EVOLUTION SECONDAIRE
- X - DEVENIR DE L'ENFANT DE MERE CELIBATAIRE

Elle porte sur 125 enfants. Nous essaierons de déterminer si cet enfant, né dans les conditions que l'on a tenté de définir au chapitre maternel, est plus apte à certaines pathologies particulières d'abord, et ensuite s'il possède du fait du jeune âge de sa mère des handicaps particuliers.

I - SEXE

Nous obtenons les chiffres suivants :

- 72 garçons soit 58 %
- 53 filles soit 42 %.

Soit une proportion équivalente à celle de l'ensemble des hospitalisés du Service qui donne 60 % de garçons et 40 % de filles.

Il y a 5 paires de jumeaux : ce sont tous des garçons.

II - CONDITIONS DE NAISSANCE

Etude du coefficient d'Apgar.

17 fois l'Apgar n'est pas noté. Mais nous avons tenté de faire une approximation d'après les autres renseignements.

16 fois l'Apgar est inférieur ou égal à 6, ou supposé tel devant le mauvais état de l'enfant à la naissance. Donc, 12,8 % de ces enfants ont un mauvais Apgar.

Etude du devenir de ces 16 enfants nés dans de mauvaises conditions.

- 4 sont morts :

- . La Trisomie 18, de sa cardiopathie.
- . et 3 très grands prématurés (700-800- 1.200 grs) respectivement de maladie des membranes hyalines (MMH), hémorragie méningée, hypothermie majeure.
- . 1 garde une séquelle, non d'un échec de la réanimation sur l'intégrité cérébrale, mais d'un accident de cette réanimation par cathétérisme ombilical, à type de paraplégie flasque traumatique (108).

- Les 11 autres ont un bon pronostic. On trouve parmi eux :

- . l'atrésie oesophagienne avec C.I.V. opérée ;
- . une MMH
- . une souffrance cérébrale avec inhalation
- . une hémorragie méningée
- . une anémie aigüe

Les autres avaient subi une réanimation pour cyanose ou détresse respiratoire (D.R.) rapidement régressive.

III - ETUDE DU DEVELOPPEMENT INTRA-UTERIN

Il est mesuré par la durée de la gestation et le poids de naissance.

Nous avons reporté ces deux chiffres sur une courbe de LUBCHENKO qui nous sert de référence dans le Service

Certains chiffres nous manquent : 1 poids de naissance, et 23 nombres exacts de semaines de gestation à partir des dernières règles : nous les avons malgré tout

noté sur l'abaque en fonction, soit du nombre de mois de grossesse approximatif, soit de l'évaluation d'après les mesures et l'aspect du nouveau-né faits par l'observateur pédiâtre à l'entrée dans le Service. (Cf courbe n° 1).

C'est la lecture de cette courbe qui nous a fait définir le nombre de prématurés vrais et celui des hypotrophiques, AT ou prématurés.

- Nombre de prématurés (PN inférieur à 2.500 grs et durée de gestation inférieure à 37 semaines) : 73, dont 5 hypotrophiques par rapport à la durée de gestation.
- Nombre de dysmatures AT (inférieur à 2.500 grs et durée de gestation supérieure ou égale à 38 semaines) : 17
- Les autres sont nés dans la zone du terme (supérieur 38 semaines) et ont un poids de naissance supérieur ou égal à 2.500 grs) : 35.

On note ainsi que 3 enfants ont un PN inférieur à 1.000 grs, soit 2,4 % par rapport à 1,91 %.

D'autre part, d'après l'étude du rapport entre le P.N et l'âge maternel, on constate que les plus jeunes n'ont pas des enfants plus prématurés ou plus petits, au contraire.

Sont notés sur le schéma n° 2 les enfants âgés de mères de moins de 16 ans, les autres étant répartis chez les mères âgées de 16 à 18 ans.

On voit que tous les enfants des mères les plus jeunes ont un P.N supérieur à 2.000 grs.

IV - ETUDE DE L'HYPOTROPHIE FOETALE

Les caractères infantiles et maternels en cause pour l'ensemble des enfants s'inscrivent sur la courbe de LUBCHENKO en-dessous de la ligne du 10 ème percentile. Ces enfants hypotrophiques sont au nombre de 22.

Ce nombre englobe à la fois les dysmatures A.T. (17) et les prématurés également hypotrophiques par rapport à leur temps de gestation (5), et il correspond à 18,3 % des enfants (par rapport à 13 %) et à 16,6 % des grossesses.

1) Parmi les caractères maternels, et en résumé de ce qui a été écrit dans la première partie, on retrouve :

- 2 grossesses gémellaires, dont 1'une non surveillée avec également I.U. et A.P. (16-17) et l'autre menée presque à terme (39 semaines) (53-54).
- 3 néphropathies gravidiques, dont on a parlé longuement, quant au risque d'hypotrophie ou de prématurité. Dans ces 3 cas, la grossesse est menée presque à terme (38 semaines). Il y a tabagisme associé une fois.
- 2 infections urinaires (dont 1'une déjà citée avec la gémellité ; la 2ème correspond à une pyélite récidivante avec anomalie anatomique du cordon. (75)
- 2 menaces d'AP pendant le 3ème trimestre (93-118), dont 1'une est associée à un excès de prise de poids.

- 1 comitialité traitée depuis 2 ans (6). L'enfant est mort de septicémie.
- 3 grossesses non surveillées (9-41-97).
- L'une chez une très jeune de 14 ans (grossesse méconnue)
- L'autre associée à un omphalocèle foetal.
- 2 notions de tabagisme (1 fois associé à une néphropathie, l'autre donnant lieu à une dysmaturité pour le poids seul (102).

CONCLUSION : Sur ces 20 grossesses, on peut dire que l'on trouve une éventuelle cause à l'hypotrophie du côté maternel 14 fois.

2) Parmi les anomalies foetales, on note

- 6 enfants malformés, dont les 3 premiers meurent en période néonatale.
 - . 1 trisomie 18 avec cardiopathie (68)
 - . 1 hernie diaphragmatique (10)
 - . 1 omphalocèle (9).
 - . 1 atrésie oesophagienne avec imperforation anale et CIV (125).
 - . 1 kyste branchial associé à une sub-luxation de hanche (93).
 - . 1 dysplasie de hanches (44).

soit 6/22 ou 27,3 %.

Les malformations constituent toujours un lot important d'hypotrophie foetale, mais ici le chiffre est supérieur au chiffre général de 8 % de malformés parmi le groupe des hypotrophiques.

- Parmi les autres, il y a 3 fois souffrance foetale (1 simple liquide teinté, 2 Apgar à 5, 1 Apgar à 7 après une dilatation lente).

3) Finalement ce n'est que dans 5 cas que l'on ne trouve ni cause maternelle ni cause foetale à l'hypotrophie. (Les grossesses non surveillées n'étant pas forcément pathologiques).

4) Devenir des enfants hypotrophiques

- Dans l'immédiat, et dans les premiers jours, ils présentent :
 - . 2 fois une hypoglycémie.
 - . 6 fois une petite souffrance cérébrale.
 - . 1 fois une septicémie.
- Le pronostic en est :
 - . 4 morts (18,1 %) qui est une lourde mortalité
 - . L'un de septicémie
 - . L'un de cardiopathie (trisomie 18)
 - . Les 2 autres des suites opératoires de leur malformation.

- L'atrésie oesophagienne, opérée, va bien. Sa CIV est à suivre.
- La dysplasie de hanche (44) est associée dès le début à des troubles neurologiques avec gros troubles du tonus qui vont persister. L'enfant a un bon développement psycho-moteur mais va garder une hyperlaxité articulaire; il ne marche qu'à 2 ans. Seul le pronostic orthopédique est médiocre.
- Les 16 autres ont un bon pronostic dans la mesure où l'on a eu le temps de juger de leur évolution.

V - ETUDE DES MALFORMATIONS

On trouve, pour l'ensemble des enfants, un chiffre global de 20 malformations réparties chez 18 enfants. Soit 15,2 %. Toutes les malformations ont été répertoriées, allant des grosses anomalies léthales au simple pied talus.

1° Les cardiopathies = 8

soit 6,4 % par rapport à 4,25 % pour tout le Service

- 1 dextrocardie isolée chez un jumeau (l'autre en est indemne) qui a présenté en plus une macrocéphalie avec transillumination positive sans suite (53).
- 2 fois un canal artériel, l'un en voie de fermeture (85), l'autre ayant entraîné une défaillance cardiaque (6). Le diagnostic anatomique en a été fait par autopsie, la mort ayant été provoquée par une septicémie à *Pyocyaniques* mortelle.
- 2 CIV: l'une est probable seulement (souffle systolique 2/6) sans gêne fonctionnelle, associée à un pied métatarse varus bilatéral plâtré 15 jours; l'autre est associée à une atrésie oesophagienne (125)
- 2 cardiopathies non étiquetées
 - . la première provoquant une asystolie au 4ème jour (51), régressive, sans nouvelles sur les suites, l'enfant ayant été suivi ailleurs.
 - . un souffle systolique chez un enfant non revenu; il n'a présenté qu'une petite souffrance cérébrale néo-natale (69).
- 1 cardiopathie congénitale complexe fonctionnant comme un Fallot chez la Trisomie 18, mort au 4ème mois d'une fausse route alimentaire (68).

2° Les malformations digestives = 4

- une atrésie de l'oesophage du type III, diagnostiquée dès les premières heures, d'une part par un important hydramnios maternel (Apgar à 4 à 1 minute, puis à 10 à 8 minutes), l'enfant étant né dysmature AT; d'autre part par l'apparition rapide de troubles respiratoires avec encombrement buccal mousseux. L'intervention corrective a été faite d'emblée, dont les suites ont été simples. De plus l'enfant présentait une imperforation anale pour laquelle a été pratiquée, dans le même temps opératoire, une proctoplastie. La CIV associée a déjà été décrite (125).

- Une agénésie diaphragmatique (hernie de Bochdalek) chez un prématuré dysmature de 2.080 grs. La grossesse et l'accouchement s'étaient passés normalement. Ce n'est qu'au 5ème jour de vie qu'apparût une DR dont le diagnostic a été fait à la RP, mais l'intervention a été différée de 2 jours ; l'enfant s'est aggravé peu avant l'opération dont les suites ont été simples d'abord puis compliquées d'une atélectasie pulmonaire avec DR irréductible. L'enfant est mort au 16ème jour d'une péritonite purulente. (10).

- Un omphalocèle chez un prématuré de 8 mois - 1.700 grs - un peu dysmature - Apgar à 10, mais L.A. teinté. Intervention sans problèmes d'une malposition d'une anse intestinale herniée, mais aggravation secondaire avec gros troubles respiratoires mortels (9).

- Une sténose duodénale par volvulus foetal et excès d'accollement sur rotation incomplète chez un enfant AT. L'intervention a été simple ainsi que les suites opératoires.
A noter l'existence chez cet enfant d'un doigt surnuméraire bilatéral (il est de nationalité Camerounaise) (84).

3) *Malformations génito-urinaires :*

- Un hypospade balano-préputial chez un petit Portugais, sans infection urinaire, soit 0,8 % - 0,51 %. (82)
- 3 reflux vésico-urétéraux simples diagnostiqués sur la cystographie faite après le 1er épisode d'IU (50-54-65) ; soit 2,4 % par rapport à 1,1 % de malformations urinaires autres que gros rein et hydronéphrose.

4) *Un kyste branchial gauche (93)*

Chez un enfant de père Algérien et mère Française de 17 ans, née dysmature AT avec l'aide d'un forceps - Apgar à 5 - petite réanimation et difficultés respiratoires transitoires et souffrance cérébrale (SC) régressive; *au bord du* Sterno-cléido-mastoïdien, le kyste était petit, de la grosseur d'une cerise avec un orifice de fistule.

L'enfant a porté d'autre part un feutre d'adduction pendant 4 mois pour subluxation de hanches. Le pronostic global a été bon.

5) *Anomalies squelettiques*

- Une dysplasie de hanche avec asymétrie sacrée chez un enfant dysmature et post-mature qui a présenté une SC laissant des séquelles de type hypotonie et hyperlaxité articulaire, dont le traitement a consisté en un feutre pendant 4 mois puis une kinésithérapie. A 2 ans, la marche autonome est acquise, le développement psycho-moteur parfait. (44).
- Des pieds talus plâtrés, sans séquelles
 - . chez un dysmature post-mature (36)
 - . chez un autre dysmature.
- 3 hanches suspectes à la première radiographie qui ont nécessité un feutre d'adduction pendant 2 mois.

Au total : 4 subluxations de hanche, soit 3,2 %, par rapport à 2,28 %.

6) *Les anomalies chromosomiques*

- on note l'absence de trisomie 21, bien normale, vu l'âge maternel
- I trisomie 18 avec cardiopathie déjà décrite, née AT avec grande hypotrophie (1.620 gr) d'une jeune Française de 16 ans 1/2.
La grossesse s'est mal déroulée: vomissements importants au début puis hospitalisation pour retard de croissance intra utérin avec insuffisance oestrogénique, accouchement en siège, 2 vaisseaux ombilicaux imposant une UIV (normale). L'enfant naît dysmorphique et évoque une trisomie 18 qui est confirmée par le caryotype.
Il n'y aura aucun éveil psycho-moteur et l'enfant meurt à l'âge de 4 mois d'une fausse route alimentaire. (68).
- on ne note aucune erreur innée du métabolisme, aucune maladie héréditaire ou familiale, aucun autre syndrome poly-malformatif défini ou non défini.

En conclusion, sur les malformations, il faut signaler à nouveau l'importance de l'hypotrophie foetale qu'elles entraînent: 6 fois sur 18 enfants, soit 1/3 des cas. Quant à la proportion de malformations le nombre est équivalent à celui de l'ensemble des enfants hospitalisés.

VI - ETUDE DE LA PATHOLOGIE IMMEDIATE

Elle est faite sur l'ensemble des enfants, c'est à dire autant sur les nouveau-nés hospitalisés à cause de cette pathologie que sur les prématurés et les incidents survenus au cours de leurs semaines passées au Centre de prématurés.

1) *Evolution sans incident*

25 enfants présentent aucune pathologie clinique ou biologique; il s'agit d'enfants hospitalisés à titre systématique, soit pour leur petit PN (prématurés et hypotrophiques), soit pour un bilan dans le but d'une adoption ou après une grossesse à haut risque.

2) *Troubles métaboliques banaux*

- 2 hyperalbuminorachies isolées chez 2 prématurés
- I hypercalcémie chez un prématuré
- 6 hypocalcémies chez 6 prématurés
- 7 hypoglycémies chez 5 prématurés et 2 dysmatures AT
- II ictères intenses ou prolongés chez 3 normomatures AT et 8 prématurés.

Il n'y a aucun ictère nucléaire. Il est quand même intéressant de noter que, en dix ans, deux seulement ont été observés dans tout le Service.

Ces ictères intenses ont été traités par photothérapie, et l'un a du subir une exsanguino-transfusion (bilirubinémie avec un pic à 24,8 mg %)

- 3 hyperthermies non infectieuses dont une par déshydratation chez des nouveaux-nés AT (47-55-101).

3) Problèmes digestifs banaux

A) Vomissements

- 3 NN sont hospitalisés pour cette raison.
- 2 sont dus à une malposition cardio-tubérositaire
- 1 est dû à un sevrage précoce.

4 prématurés présentent des vomissements à un moment quelconque de leur séjour.

- L'un à cause d'un cardia mobile
- L'un par plicature gastrique
- L'un fait une dyspepsie bénigne.
- Le dernier présente une stase pyloro-duodénale des premiers jours.

B) Diarrhée

- elle est le motif d'hospitalisation de 5 NN ; il s'agit de 5 diarrhées à coproculture négative.
- 1 prématuré présente une diarrhée en cours de séjour, également sans germes à la culture.
- 1 tableau un peu particulier est observé chez un prématuré de 2.500 grs, né d'une mère très jeune (13 ans) par césarienne. Après une détresse respiratoire idiopathique (DRI) traitée par suroxygénation simple prolongée, et un ictère, il présente des troubles digestifs majeurs avec ballonnement, puis diarrhée, évoquant un tableau d'enterocolite nécrosante. Après une diète de 48 heures, la diarrhée repart sous lait féminin, puis stoppe sous Végélact puis SMA. Le lavement baryté pratiqué ensuite se révèle strictement normal (111).

4) Complications obstétricales pures

- 1 paralysie du Plexus brachial droit chez un débile AT de 2.000 grs né en siège apparemment sans difficultés - 1er cri immédiat (cet enfant mourra au 8ème jour de septicémie à Pyocyanique) (6).
- 1 paraplégie traumatique (108).

Il s'agit d'un garçon né AT pesant 3.150 grs d'une primipare de 17 ans sans antécédents. Outre deux épisodes d'IU en cours de grossesse, l'accouchement se déroule normalement, mais l'enfant présente une souffrance à l'expulsion - Apgar à 4- premier cri retardé de 1 minute. La réanimation est entreprise par la voie ombilicale (glucose + bicarbonate) ; à 5 minutes, est observée une ischémie de l'hémi-corps inférieur, sans refroidissement, avec perception des pouls fémoraux et apparition de taches ecchymotiques.

A l'entrée dans le service sont notés une absence de souffrance cérébrale mais une paraplégie flasque par ischémie médullaire avec des troubles vaso-moteurs, rétention vésicale et incontinence anale. L'EEG, la PL, la myélographie resteront normaux. L'évolution se fait vers une paraplégie flasque définitive. La pathogénie de cet accident semble être une ischémie médullaire secondaire à une injection de soluté hypertonique pratiquée par erreur dans une artère ombilicale.

5) Les infections

C'est, bien sûr, un chapitre important; en nombre comme en gravité. Elles sont observées chez trois nouveaux-nés hospitalisés pour des signes infectieux et les autres se voient chez des prématurés.

A) Six septicémies et bactériémies dont 3 mortelles chez 2 prématurés et un hypotrophique, que nous décrirons en premier lieu :

- I septicémie à Pyocyanique (6)

La mère a 18 ans, a une comitialité traitée pendant sa grossesse (Gardénal et Orténal). L'enfant naît en siège avec une paralysie du plexus brachial, c'est un débile AT (2.000 gr).

Le tableau clinique se fait en deux temps :

- . d'abord une défaillance cardiaque nécessitant un traitement toni-cardiaque, associée à une SC avec hémorragie méningée; à deux reprises on note également une hématurie.
- . après une amélioration de quelques jours, le tableau se précise vers le 8ème jour avec ictère, éruption maculeuse, spléno et hépatomégalie, hématémèse, pneumopathie, néphropathie anurique.
- . l'évolution est fatale, malgré l'antibiothérapie; la vérification confirme l'hépatite, l'abcès miliaire pulmonaire, l'hémorragie méningée. L'origine du germe n'est pas précisée.

- I septicémie à staphylocoque doré (45), incorporée à un tableau de DR apparue dès les premières heures et d'aggravation progressive par hémorragie intra-pulmonaire, MMH et abcès pulmonaires (confirmés à l'autopsie) chez un prématuré jumeau de 1.860 gr né à 34 semaines.

- I septicémie à germe anaérobie (*Achromobacter*) (86), découvert à l'hémoculture. L'enfant (prématuré de 1550 gr), après un tableau de tachypnée transitoire, fait un arrêt cardiaque brutal au 4ème jour. La cause précise de la mort n'a pas pu être déterminée lors de la vérification; seule l'hémoculture a trouvé le germe.

- I septicémie à Coli I26 B6 avec pneumonie lobaire (95)

Chez un enfant à peine prématuré -2550 gr à 36 semaines- La mère est une quatrième geste de 18 ans (3 fausses couches les trois années précédentes) sans autres antécédents; sa grossesse est marquée par une menace d'AP traitée et par une vaginite non soignée associée à une RPM (en fait rupture en deux temps), ces 2 dernières causes étant responsables de l'infection foetale. Le Coli a été d'ailleurs retrouvé conjointement dans les cavités du NN et dans les sécrétions vaginales. La guérison sous antibiothérapie est lente, la permanence d'images radiologiques pulmonaires fait adjoindre une corticothérapie pendant 15 jours. La guérison se fait sans séquelles.

- I hémoculture positive à Streptocoque Viridans et *Moraxella Lwoffii*

Chez un prématuré à risque infectieux (RPM avec latence, et vulvo-vaginite) Traitement AB - guérison.

- I hémoculture positive à Entérocoque

Chez un enfant qui a présenté un épisode d'hypotonie et des taches pur-puriques. L'évolution est simple.

- B) Une méningite purulente à Streptocoque Béta hémolytique (IO3) chez un beau nouveau-né. Sa jeune mère n'avait pas présenté d'accouchement avec risque infectieux (le prélèvement vaginal a été négatif). Cette méningite a débuté par des convulsions au 3ème jour de vie; l'évolution sous traitement s'est faite vers la guérison sans séquelles. L'hémoculture a été positive également.
- C) Une péritonite purulente chez le prématuré porteur d'une agénésie diaphragmatique opérée, dépistée plusieurs jours après l'intervention, et mortelle au 16ème jour de vie (IO).
- D) Une maladie des inclusions cytomégaliqes (56) chez un nouveau-né AT de 2700 gr né d'une mère de 18 ans qui avait présenté, hormis un simple rhume au 7ème mois, des leucorrhées, traitées seulement 2 jours avant d'accoucher. Le virus sera retrouvé dans le prélèvement vaginal. La maladie est suspectée sur l'apparition, dès les premières minutes de vie, d'une éruption cutanée vésiculo-pustuleuse associée à une hépatosplénomégalie. L'évolution pendant les premières semaines a fait penser, d'abord, à une histiocytose X, mais le diagnostic sera finalement affirmé au bout de 2 mois lors de la réponse du laboratoire: le virus cytomégaliqes trouvé à la culture des urines de l'enfant. L'évolution ultérieure se fera vers un tableau d'encéphalopathie convulsivante sous forme d'hypsarythmie qui, sous traitement, régressera totalement; si bien que l'enfant marchera à 15 mois, et qu'à 5 ans il aura un développement psycho-moteur normal.
- E) Une arthrite de hanche bilatérale à Protéus (5I) chez un nouveau-né à terme Sa mère a 17 ans; elle a peut-être présenté une rubéole au début de sa grossesse L'hospitalisation de l'enfant est motivée par une asystolie au 4ème jour de vie (cardiopathie non étiquetée pendant le séjour dans le Service). Au 9ème jour, l'enfant fait une scène péritonéale avec vomissements bilieux et distension abdominale. Il n'y a pas intervention chirurgicale car le tableau d'arthrite bilatérale de hanche se précise avec signes infectieux (température, polynucléose), et signes locaux. Malgré plâtre et antibiothérapie l'évolution se fait vers la disparition de la tête fémorale gauche. Le pronostic orthopédique est très mauvais. On ne suivra pas l'enfant qui repart au Creusot.
- F) Deux infections sans gravité à staphylocoque doré
- une infection oculaire (72)
 - un portage simple dans le LCR, sans méningite, chez un tout petit prématuré (aucun risque infectieux à l'accouchement) (7).
- G) Une suppuration ombilicale

H) Trois portages simples de Coli-pathogènes (3,7, 112)

- 1) Une infection pulmonaire sans symptomatologie clinique, diagnostiquée à l'autopsie d'un prématuré de 1.300 grs, porteur d'une MMH mortelle ; il s'agissait d'une pneumonie chronique histologique à germe indéterminé (105).

Conclusion de cette étude des infections

- on observera huit localisations infectieuses sévères
- quelques portages infectieux latents
- sur 13 enfants "à risque infectieux" par l'existence d'un RPM, 2 seulement ont présenté une infection ; chez les 11 autres, mis de façon systématique aux AB en attente des résultats, les prélèvements sont restés stériles.

) *Pathologie neurologique et pulmonaire*

Elle est étudiée simultanément car elle est bien souvent intriquée, et souvent la symptomatologie pulmonaire observée est d'origine neurologique.

A) Enfants qui ont présenté des troubles pulmonaires mineurs = 8 cas soit 6,4 %.

Il s'agit soit de petites inhalations amniotiques, soit de pauses respiratoires sans conséquence, ou de DR transitoire (polypnée, cyanose), non en liaison avec une souffrance cérébrale et rapidement régressifs, dont l'évolution se fait sans problèmes.

- 3 chez des nouveaux-nés AT
- 5 chez des prématurés.

B) Symptomotologie de souffrance cérébrale (SC) à type de petits troubles neurologiques ou de petite détresse respiratoire = 19 cas soit 15,2 %

Il s'agit soit d'anomalies neurologiques peu importantes ou transitoires, soit de symptômes de DR identiques à ceux décrits au paragraphe précédent mais à relier à une cause cérébrale.

- 3 fois on retrouve une hémorragie méningée (HM)
- 1 fois est associée une inhalation de la méconial chez un gros post-mature à une SC mineure (souffrance foetale aigüe, forceps, circulaire serré, Apgar à 6, réanimation de 5 minutes, après une RPM de plusieurs jours). (110).

- 3 sont dysmatures
- un AT de pods correct mais né en siège
- Les 15 autres sont prématurés

L'évolution de ces 19 cas :

- . est bonne 16 fois (85 %)
- . 1 fois, après régression transitoire, l'un (prématuré de 2450 gr) fait un accès d'hypertonie, évoquant l'hypsarythmie, à suivre (cas récent) (II6)
- . 1 fois l'évolution se fait vers une maladie de Little (grand prématuré de 980 gr); il n'avait fait qu'une seule pause respiratoire.
- . 1 fois, après un épisode d'hypotonie + cyanose des premiers jours, l'enfant présente un malaise convulsif à 1 mois 1/2. Il s'agit d'un prématuré de 1580 gr. A 2 mois, l'impression neurologique n'est pas bonne, et malheureusement l'enfant n'est pas revu ultérieurement.

A citer dans ce paragraphe les deux hémorragies méningées asymptomatiques.

C) Grands tableaux de Souffrance Cérébrale = 14 cas, soit 11,2 %

a) 4 fois : SC isolée

- 1 avec anémie aigüe régressive
- 1 grande SC par anoxie pure (28). La mère a fait une néphropathie. L'Apgar est à 4

L'évolution est bonne dans les deux cas

- 1 SC après souffrance foetale, avec Apgar à 7. Le pronostic est réservé mais l'enfant ne sera pas revu (94).
- 1 cas mortel = SC liée à une hémorragie de la FCP chez un grand prématuré de 800 gr. Décès au 6ème jour.

b) 1 fois SC, mortelle, avec HM et septicémie à Pyocyanique

c) 9 fois SC en association avec une symptomatologie respiratoire

- 4 évolutions bonnes ou à séquelles minimes
 - . 1 DR par IA probable et HM. Bon pronostic (46)
 - . 1 SC responsable d'un stridor et encombrement respiratoire majeur, le tout régressif (65)

- . I DR rapidement régressive chez un dysmature
 - . I DR des premiers jours (liée peut-être à une MMH) avec HM, régressifs, mais avec persistance de signes irritatifs EEG. Enfant non revu. (26).
- 5 évolutions mortelles (dans lesquelles la part de la DR par rapport à celle de la SC est impossible à déterminer) : deux prématurissimes de 700 et 800 gr; I prématuré de 1300 gr (HIV et pauses); I prématuré de 1880 gr avec HIV et MMH; et I prématuré de 2030 gr dont la mort est mal expliquée à l'autopsie.

Au total, sur 14 SC isolées ou associées, nous avons :

7 morts, soit 50 %

2 pronostics réservés sur le plan neurologique, après quelques semaines d'évolution, soit 14 % (mais évolution ultérieure inconnue)

5 guérisons sans séquelles, soit 36 %

D) Bilan des hémorragies méningées

Elles sont toutes observées chez des prématurés et un débile AT

- a) 2 sont asymptomatiques
- b) 3 se manifestent par des signes neurologiques mineurs rapidement régressifs
- c) 7 sont intégrées dans un tableau de SC majeure, dont :
 - 5 sont mortelles
 - . seule cause de la mort, dans 1 cas (73)
 - . cause de la mort en association avec une DR par MMH, dans 3 cas (38,45,105)
 - . avec une septicémie à Pyocyanique, dans 1 cas (6)
 - quant aux deux autres :
 - . l'une est associée à une DR régressive. Il persistera des signes irritatifs EEG quelques temps; l'enfant n'est pas revu. (26)
 - . l'autre est également associée à une DR par IA probable. Tout régresse sans séquelles.

E) Grands tableaux pulmonaires = 16 cas, soit 12,89 %, dont 50 % mortels

- 7 sont purs
- 8 sont associés à une SC
- 1 est associé à une septicémie

a) 10 maladies des membranes hyalines (MMH), soit 8 %

considérées comme certaines (prouvées par l'histologie dans les cas mortels) ou fortement suspectées sur la RP.

- 9 sont observées bien classiquement chez des prématurés (PN allant de 1200 à 2300 gr)
- 1, par contre, chez un prématuré de poids relativement élevé (2400 gr) d'une part, et d'autre part dont la mère a subi une prophylaxie correcte par le Betnesol (gestation de 34 semaines - grossesse méconnue par cette mère de 13 ans - accouchement par césarienne). L'évolution est favorable mais l'observation mérite de retenir l'attention (III)

- Evolution

6 sont mortelles

- . deux associées à une hémorragie méningée
 - I880 gr à 7 mois-7 mois I/2 (38)
 - I300 gr à 30 semaines (I05)
- . deux à souffrance cérébrale sans hémorragie méningée
 - 2030 gr à 7 mois I/2 (30)
 - jumeau de I860 gr à 34 semaines (45)
- . deux isolées
 - I200 gr à 26 semaines (35)
 - PN inconnu à 34 semaines (30)

4 guérissent sans séquelles (34, I06, I07, III). Elles étaient isolées.

b) 2 inhalations amniotiques (46, 93)

Bénignes en elles-mêmes sur le plan pulmonaire, mais associées à une SC (avec HM 1 fois). L'évolution est bonne dans les deux cas.

c) DR d'autre origine: 4 cas (26, 64, 65, 86) en dehors des infections pulmonaires chez trois prématurés et un enfant AT.

- l'une correspond peut-être à une MMH rapidement régressive mais elle est surtout associée à une SC avec HM; la guérison se fait avec séquelles EEG (signes irritatifs) (26)
- l'une se manifeste par un stridor et un encombrement respiratoire, secondaires probablement à la SC associée, chez un NN AT de 2800 gr. On note une atelectasie du LSD régressive en 24 heures. Le tout évolue vers une paralysie partielle de l'hémi-larynx droit et une asymétrie thoracique qui vont évoluer vers la guérison totale en 2 ans I/2. (65)
- 1 tachypnée transitoire chez un prématuré qui meurt malheureusement de septicémie à anaérobie. (86)

- I DR non étiquetée, associée à une SC, mortelles, chez prématurisé de 700 gr (73)

Bilan

2 guérisons
2 morts dans le cas de tableaux associés.

7) *Localisations hémorragiques isolées et anémie aigüe*

A) Les hémorragies méningées (déjà décrites)

B) Une anémie précoce importante (I2)

chez un NN de 2650 gr, né sans problèmes, mais hospitalisé pour sa pâleur à la 20ème heure de vie avec SC anoxique, restée sans explication (hémogramme d'anémie aigüe). La guérison est simple après transfusion.

C) Un hématome du cuir chevelu de gros volume (29)

chez un prématuré de 1700 gr, sans notion de traumatisme obstétrical, avec anémie; l'évolution est simple.

8) *Pathologies particulières*

A) I cytotéatonecrose transitoire bénigne (59)

paratrochantérienne, chez un beau NN hospitalisé uniquement pour cette raison. La guérison est rapide

B) 2 escarres du cuir chevelu (II6,II8)

Toutes deux pariéto-occipitales, apparemment sans cause. L'un a un Apgar à 10, l'autre à 8. Il s'agit peut-être, soit de la trace d'un pH mètre (pour le deuxième cas éventuellement), soit de la cicatrice d'une agrafe pour enregistrement des du coeur pendant l'accouchement.

VII - ETUDE DE LA MORTALITE

Elle va porter sur la mortalité post-natale après le transfert de l'enfant dans le Service. En est exclue la mortalité per-natale.

Cette mortalité se chiffre à 13, soit 10,4 % de l'ensemble de nos 125 nouveaux-nés. La différence avec la mortalité globale du Service, qui est de 11,23 %, n'est pas significative.

I) *Age de la mort*

12 sont morts en période néo-natale entre 1 et 16 jours, et 1 à l'âge de 4 mois.

Explicitons par un tableau comparatif avec tous les morts du Service l'âge de la mort par tranches successives

Mort survenue	avant la 24ème h.	entre un et 6 jours	entre 7 et 27 jours	au delà de 28 jours	Total
Nombre de cas / 125	1	8	3	1	13
%	0,80	6,40	2,40	0,80	10,4
% pour l'ensemble du Service	3,03	4,31	2,32	1,16	11,23

Tous ces enfants appartiennent au groupe des prématurés

2) *Causes de la mort*

- 2 de très grande prématurité (l'un a également présenté une hémorragie cérébro-méningée)
- 3 de malformation
 - . la trisomie 18 de sa cardiopathie avec fausse-route alimentaire
 - . l'agénésie diaphragmatique et l'omphalocèle des suites opératoires l'un avec accès aigu de DR, l'autre avec péritonite.
 - . 3 de membranes hyalines isolées
 - . 3 de MMH avec hémorragie cérébro-méningée (et pneumonie pour l'un)
 - . 1 de septicémie et hémorragie méningée
 - . 1 de cause imprécise (mais avec hémoculture anaérobie positive)

On remarque que l'on trouve :

- 6 fois une MMH (dont 3 en association avec une hémorragie méningée).
- 5 fois une hémorragie méningée ou cérébro-méningée (de la FCP ou intra-ventriculaire-).
- 2 fois une septicémie (à Pyocyanique et à Anaérobie- Achromobacter).

Résultats de l'autopsie, qui a été pratiquée 13 fois

En cas d'association de lésions mortelles, la cause anatomique exacte du décès n'est pas toujours évidente. En effet :

- 5 fois, on trouve une hémorragie cérébro-méningée, mais associée :
 - . 3 fois à une MMH
 - . 1 fois à une septicémie
 - . 1 fois à une grande prématurité
- 3 fois, mort par cause pulmonaire seule (MMH)
- 1 fois, mort par immaturité pure
- 3 fois, mort par malformation.

Mortalité en fonction du PN de l'enfant (cf tableau n° 3)

PN	1000 gr	1000 à 1500	1500 à 2000	2000 à 2500
NOMBRE	2/3	2/7	5/35	3/40
%	66,6	25,5	14,3	7,5

Tableau sans surprises, montrant que la mortalité est plus importante chez les plus petits prématurés.

VIII - PATHOLOGIE SECONDAIRE NON EN RELATION DIRECTE AVEC LA PATHOLOGIE NEO-NATALE.

Elle ne présente qu'un intérêt relatif. Elle ne concerne que les enfants qui ont pu être suivis en consultation et ceux qui ont été réhospitalisés pour cette pathologie ou une autre.

On note :

1) *2 interventions chirurgicales (111-116)*

- Une hernie inguinale droite étranglée chez une ancienne MMH guérie ; cure bilatérale.
- Une volumineuse hernie ombilicale, opérée à 3 mois.

2) *Les épisodes infectieux sérieux*

- Une méningite à PFEIFFER, mortelle, à l'âge d'un an, chez un enfant adopté (pathologie néo-natale nulle).
- Une grosse bronchite asthmatiforme à 9 mois chez un enfant mal soigné : il s'agit d'un ancien prématuré de 2.400 grs ayant fait un premier séjour sans problème, que l'on trouve dans un état anémique et hypotrophique. Il semble que la jeune mère, mariée soit incompétente, et s'intéresse peu à son enfant. Après un séjour en pouponnière, l'enfant a un meilleur développement. (58)
- Une coqueluche grave à 6 mois chez un ancien prématuré de 1.680 grs. Il avait présenté au 8ème jour des pauses respiratoires (alors qu'il prenait du Gardénal pour son ictère), ayant nécessité une ventilation artificielle pendant 3 jours, à évolution totalement régressive. L'enfant n'est pas revu. (48)
- Les infections urinaires (50-54-65-93). Elles ont toutes les 4 été observées secondairement après le retour en famille, chez 3 garçons et une fille, dépistées entre 5 et 12 mois.
 - . l'une à l'occasion d'une vaccination où est constatée une albuminurie. Il s'agit d'une fille ; et l'on ne fait qu'une UIV qui est normale.
 - . dans les 3 autres cas (lors d'un épisode fébrile pour 2 enfants, et concomitant d'une gastro-entérite pour le 3ème) la cystographie a montré un reflux vésico-urétéral uni ou bilatéral qui ne sera traité que par une antibiothérapie de plusieurs mois ; et l'UIV est normale les 3 fois.

3) *Pathologie neurologique*

- un cas de convulsions itératives débutées au 5ème mois. L'enfant 2.600 g AT - n'avait pas eu de souffrance cérébrale. Le cas est récent, et est à suivre. (12P)
- un syndrome cérébelleux (11) avec retard mental, observé à la pouponnière où il est placé pendant deux mois à l'âge de 19 mois. L'EEG est alors normal. L'enfant est suivi par une équipe psychologique et nous n'en avons pas de nouvelles.

IX - SURVEILLANCE ET EVOLUTION SECONDAIRE

Ce chapitre est une tentative d'évaluation à la fois de la qualité de la surveillance médicale des enfants hospitalisés en période néo-natale, et des incidents évolutifs et de l'évolution en période de ces enfants pendant la petite enfance ; tout ceci étant étudié en fonction du temps où ils ont pu être suivis en consultation.

Parmi l'ensemble un peu disparate de ces 125 observations, un certain nombre d'enfants a eu une pathologie qui ne justifie pas une surveillance longue en service spécialisé, et la plupart sort avec un très bon pronostic général.

Cependant :

- 1) Tous les prématurés demandent à être revus pour pouvoir juger de leur développement tant somatique que psycho-moteur et à plus forte raison ceux qui ont présenté une pathologie pouvant laisser des séquelles, neurologiques surtout.
- 2) Le contexte de notre étude, c'est-à-dire celui d'enfants de mères très jeunes, laisse supposer un certain nombre de problèmes qui méritent d'être étudiés. Bien heureusement la plupart de ces jeunes mères rentrent dans l'ordre établi, par leur mariage si elles étaient célibataires lors de la naissance de leur enfant, ou par leur insertion sociale satisfaisante dans les autres cas, mais il reste :
 - Le cas des enfants abandonnés. Ils sont pris en charge par la cité de l'Enfance, mais bien que perdus de vue par le Service, ils sont à priori bien suivis médicalement.
 - Le cas surtout des enfants repris par leur mère qui reste seule pour élever le nouveau-né, et qui se trouve alors dans cette situation de mère célibataire encore si mal acceptée de nos jours. C'est dans ces cas-là que l'on risque le plus de voir des carences de soins, physiquement et affectivement et qu'il est nécessaire d'insister pour qu'elles amènent leur enfant le plus longtemps possible en consultation. Car, si un problème important semble se poser, peut alors intervenir soit une aide psychologique, soit une aide sociale émanant du Service et pouvant être étendue aux Services compétents de quartier.

Qu'en est-il en réalité ? Dans quelle mesure ont-ils été suivis, quels moyens a-t-on réellement pour être utile à l'enfant, et quel est le résultat évolutif général de ces grossesses à risque ?

Etude de l'évolution générale et de la qualité de la surveillance médicale exercée par le Service hospitalier

1) Evolution et surveillance des enfants à risque

- A) 22 enfants ont présenté une pathologie justifiant une surveillance médicale pendant les premières années, soit pendant leur hospitalisation, soit dans les mois qui ont suivi.

a) 2 ne sont pas revus

Le premier avait fait une hémorragie méningée ; à sa sortie persistaient des signes irritatifs à l'EEG et il est parti avec un traitement au Gardénal.

Le deuxième avait été hospitalisé pour méningite et septicémie à Streptocoque bêta hémolytique, ayant évolué vers la guérison. Nous n'avons que des nouvelles -bonnes- par courrier.

b) 3 sont revus une ou deux fois, mais moins de 8 mois.

2 avaient un bon pronostic à leur sortie (une anémie aigüe idiopathique avec SC, et une hémorragie méningée). Par contre, le 3ème sortait avec un très mauvais pronostic, orthopédique de son arthrite

de hanche et a été suivi ensuite uniquement par les orthopédistes, mais le développement mental était bon.

c) Les 17 autres sont revenus régulièrement, et l'on a pu juger correctement de leur évolution.

- Parmi ces 17 enfants, on avait observé comme pathologie sévère néo-natale, 3 MMH, 1 septicémie, 2 grosses SC, dont l'une laissait à sa sortie un doute sur son avenir neurologique. Ces 6 enfants ont eu un développement normal.
- Etude de la pathologie secondaire constituant les séquelles des souffrances foetales, souffrances cérébrales néo-natales, et celle de la simple prématurité.

1) une hémiplégie droite discrète, découverte à l'âge de la marche -16 mois- chez une ancienne prématurée de 1.550 gres. Aucun problème à la naissance ex-sanguino-tranfusion à 6 jours pour ictère intense, un LCR peut-être hémorragique ; risque infectieux par R.P.M. mais prélèvements stériles. L'hémiplégie est trouvée discrète, avec équinisme à la marche et légère rétraction du tendon d'Achille. Une ténotomie sera faite à 25 mois. Le développement mental est bon. On note en plus la présence d'un strabisme. L'enfant est suivi jusqu'à 7 ans. Bon début de scolarité, à peine gênée par l'hémi-parésie séquellaire (2).

2) Deux maladies de LITTLE, observées chez des prématurés. (42-62)

- Le premier est un grand prématuré de 980 grs (RPM - Apgar à 9) qui n'a fait qu'une seule pause respiratoire. L'évolution s'est faite avec un petit rachitisme, une anémie et un épisode de dyspnée à la déglutition.
- à 3 mois : l'EEG montre des signes irritatifs. L'enfant aura du Gardénal jusqu'à 15 mois.
- à 9 mois est noté un retard psycho-moteur et le début d'une maladie de Little prédominant à droite.
- à 2 ans 10 mois (dernière consultation), on note :
 - . des séquelles de grande prématurité à type de dysmorphie cranio-faciale avec relative macrocéphalie.
 - . une hypotrophie staturo-pondérale (- 4DS pour le poids, et - 2,5 DS pour la taille).
 - . de gros troubles du tonus : la station assise n'est même pas ébauchée.

Malheureusement, nous n'avons actuellement aucune nouvelle.

- Le deuxième cas concerne un prématuré de 1.720 grs, né après RPM et vaginite maternelle, qui a présenté une bactériémie à Streptocoque Viridans. Après une antibiothérapie de 9 jours, le pronostic était bon (état neurologique normal, de même que le tracé EEG).
- A 5 mois, l'impression neurologique est moins bonne, avec apparition de troubles du tonus. L'enfant fait en plus une chute avec fracture pariétale droite ; 15 jours plus tard apparaissent d'abord un strabisme, puis un stridor évoquant une sous-clavière droite anormale qu'aucun examen complémentaire ne parviendra à mettre en évidence ; d'autre part une scintigraphie cérébrale élimine un hématome sous-dural mais l'enfant garde un comportement anormal.
- A 8 mois, la maladie de Little est évoquée, et va évoluer selon un mode bien typique. L'enfant est alors suivi dans le Service de rééducation des handicapés moteurs (recul de 3 ans).

3) La maladie des inclusions cytomégaliqes : évolution neurologique

- à 1 mois 1/2 : signes irritatifs bilatéraux à l'EEG, transillumination positive, et microcéphalie; départ avec du Gardénal.
- à 2 mois 1/2 : l'impression neurologique n'est pas mauvaise, malgré la positivité persistante de la transillumination.
- à 4 mois 1/2 : hospitalisation pour spasme carpo-pédal et crise convulsive. Le retard psycho-moteur est important = hypotonie généralisée, aucun éveil psychique, et grosses hémorragies au fond d'oeil.
- à 8 mois 1/2 : l'EEG est alors typique d'une hypsarythmie évolutive. L'enfant présente des spasmes en flexion typiques. Sous traitement (corticothérapie - SYNACTHENE - DEPAKINE) l'amélioration est spectaculaire puisqu'à 1 an, l'enfant marche, et son EEG est quasi normal.
Le développement va se poursuivre bien normalement, malgré la persistance de la microcéphalie (48,5 cm à 4 ans) : la scolarisation débute sans problème à 4 ans.

4) Une paraplégie traumatique, séquelle de la réanimation néo-natale, (108) ; la description en est faite au chapitre des complications obstétricales. A 2 mois 1/2, l'enfant est opéré d'une hernie inguinale : la paraplégie est alors inchangée. L'enfant est bien suivi ; a un développement psychique parfait, et compense au mieux son infirmité. Le couple parental, bien que jeune, a pris tout-à-fait conscience des difficultés, et y fait face en adulte.

5) Deux séquelles orthopédiques (autres que les Little)

- la dysplasie de hanche (44), associée à des troubles du tonus, ne permet à l'enfant de marcher qu'à 2 ans. Il garde une hyperlaxité articulaire. Le recul est de 3 ans.
- l'arthrite de hanche (51) avec son mauvais pronostic orthopédique.

6) 1 retard mental net. Il est noté à 27 mois avec notion de syndrome cérébelleux. Il n'est pas revu ultérieurement et l'observation est difficilement utilisable.

- L'évolution des autres enfants ayant présenté une pathologie sérieuse s'est déroulée sans incident, et leur développement psycho-moteur est jugé bon.

(La distinction faite entre les enfants suivis au delà de l'âge de 8-9 mois et ceux suivis moins longtemps est arbitraire, mais il semble qu'à 8 mois on peut avoir une idée assez juste du pronostic neurologique et mental d'un nourrisson).

B) 30 enfants sortant du Service pour y vivre avec leur mère célibataire

a) 7 sont remontrés jusqu'à 9 mois au moins

- 5 très bons pronostics

- . 4 fois ils ont un développement normal et ne font aucun ennui pathologique.
- . 1 fois très bon développement somatique et psycho-moteur chez un enfant vu jusqu'à 34 mois alors qu'il était sorti à 2 mois avec une héli-paralysie du larynx et un reflux vésico-urétéral. La régression est totale.

- 1 pronostic psycho-affectif réservé, chez cet enfant suivi jusqu'à 17 mois. La mère a parlé d'un éventuel abandon ; il est plus à craindre pour cet enfant un abandon affectif de la part de sa mère. Nous n'avons aucune nouvelle depuis. (55)
- 1 pronostic neurologique réservé chez cet enfant qui n'avait été hospitalisé que pour une gastro-entérite simple et qui a présenté une pathologie neurologique secondaire (convulsions idiopathiques itératives décrites au chapitre précédent). Le recul est insuffisant pour juger des suites.

b) 7 autres ont été revus une ou deux fois, mais pas au delà du 8ème mois.

5 d'entre eux présentent un élément pathologique durant cette courte période.

- . un reflux vésico-urétéral traité médicalement, sans nouvelles.
- . un souffle systolique de CIV probable, non revu.
- . des crises hypertoniques avec EEG normal, observées à deux reprises chez un ancien dysmature AT qui avait présenté un mauvais état neurologique transitoire ; séquelle neurologique ? Il s'agit d'un cas récent, et non suivi. (116).
- . Même tableau chez un grand prématuré qui n'avait présenté qu'une petite DR régressive, à l'âge de 4 mois, avec EEG normal. L'enfant n'est malheureusement pas revu.
- . une MMH à évolution régressive sans séquelles. Mais là le problème est d'ordre affectif. A 4mois l'enfant est réhospitalisé pour un syndrome de SILVERMANN certain, malgré l'interrogatoire parfois contradictoire de la mère, vivant en concubinage avec un compatriote Martiniquais, et avouant avoir des difficultés à supporter son enfant, et l'aspect peu craintif de l'enfant. L'assistante sociale du Service s'est occupée de ce cas : l'enfant est reparti seul à la Martinique chez la grand-mère maternelle. (110)

c) Les 15 autres enfants ne sont pas revus, malgré les convocations réitérées.

Parmi eux : 1 cependant n'avait pas un état neurologique parfait, 14 avaient un bon pronostic global à leur sortie.

2°) *Schéma global de la surveillance et de l'évolution générale somatique, psycho-motrice et psycho-affective de ces 125 enfants.*

a) 14 sont décédés

b) 39 ne sont jamais revus après leur sortie

On y trouve :

- Ceux que l'on ne souhaite pas particulièrement revoir, n'étant pas enfants "à risque".
- Ceux qui sont suivis ailleurs.

- les 11 enfants abandonnés, pris en charge au moins les premiers mois par la Cité de l'Enfance, puis éventuellement par la famille adoptive.
- et 17 convoqués plusieurs fois sans résultat. Parmi eux, 4 auraient du être revus absolument.

c) 30 sont revus une ou deux fois mais moins de 8 mois (24 %)

- 26 ont un bon pronostic à priori
- 2 sont à suivre (cas récents).
- 2 ont malheureusement échappé à une plus longue surveillance, nécessaire pourtant.

d) 42 sont suivis au delà de 8 mois (33,6 %)

- 34 ont un bon pronostic général lors de la dernière consultation mais :
 - . 21 (soit 16,8 %) sont vus au-delà de 2 ans, et déjà on a pu noter chez eux 8 fois (sur 21) des problèmes d'ordre psychologique.
 - . 7 (soit 5,6 %) ont pu être suivis au delà de 5 ans, et c'est alors 5 fois sur 7 que l'on note ces mêmes problèmes.

Nature de ces problèmes psychologiques

- Pour les plus jeunes :
 - . 1 anorexie mentale
 - . 2 enfants à "problèmes psychologiques" non précisés.
- Pour les plus âgés :
 - . 2 jumeaux ont un retard de langage et des difficultés scolaires
 - . 3 présentent des difficultés d'adaptation scolaire
 - l'un par manque de maturité
 - l'un par difficultés d'ordre affectif
 - le 3ème suite à des problèmes caractériels.

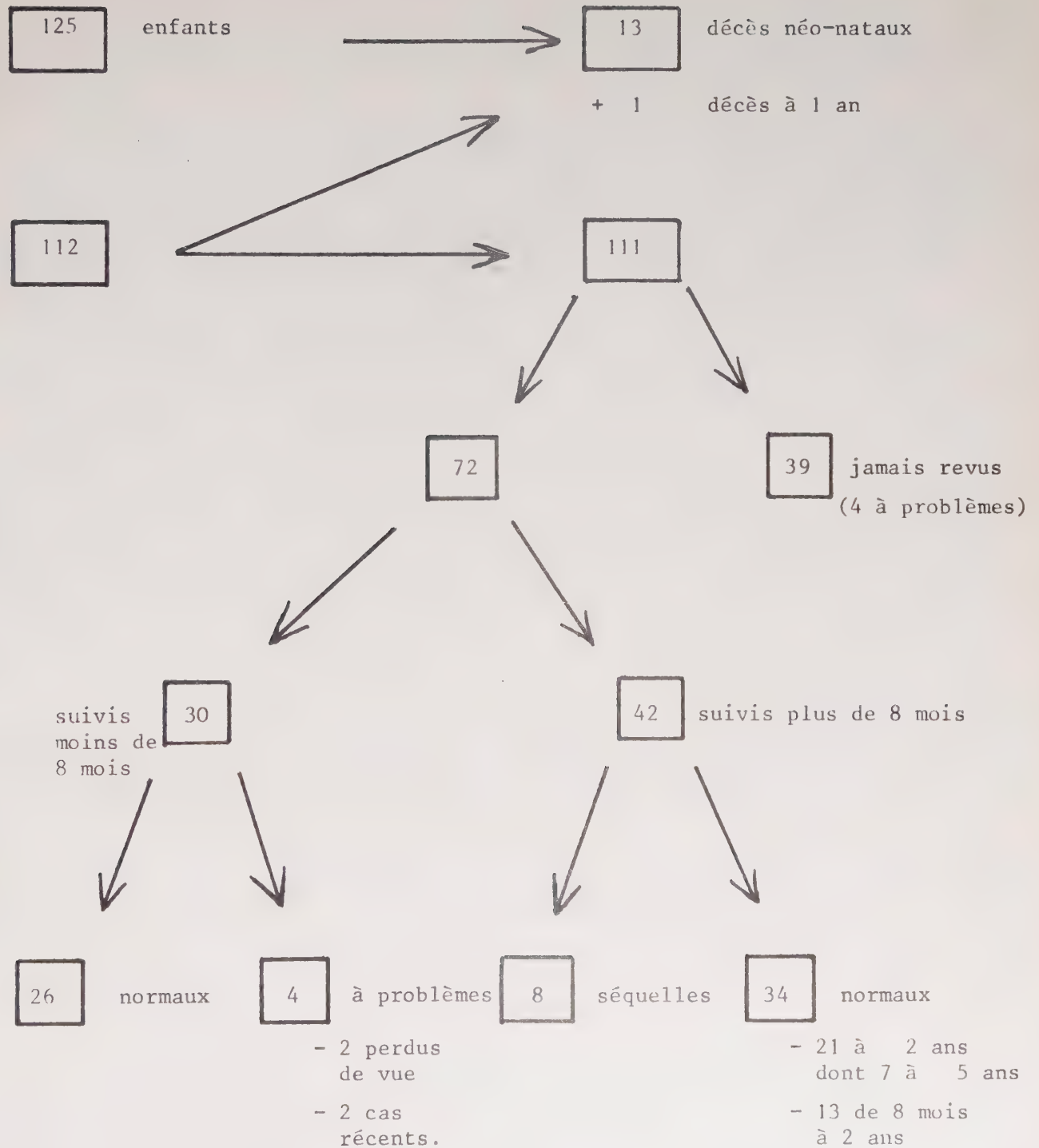
On est donc frappé par cette grande incidence de problèmes d'ordre psychologique apparus semi-tardivement (à l'âge pré-scolaire puis scolaire) chez ces enfants nés de très jeunes mères, et ne vivant pas forcément en marge de la société. Y a-t-il un rapport ?

Est-ce que le fait d'avoir la responsabilité de l'éducation d'un enfant avant l'âge de 18 ans, en France, est un handicap pour le développement psycho-affectif de l'enfant ?

- C'est parmi les 8 autres, et seuls suivis suffisamment longtemps pour juger de leur évolution, que l'on compte les séquelles.

- . 1 hémiplégie et 2 maladies de Little, dont l'une associée à un gros retard de développement.
- . 1 hyperlaxité articulaire associée à une dysplasie de hanche, entraînant un retard moteur.
- . 1 retard mental important.
- . 1 suspicion de retard mental à 17 mois.
- . 1 très léger retard à 1 an chez un jumeau.
- . 1 petite taille - familiale - à suivre.

SCHEMA EVOLUTIF GENERAL



X - ETUDE DU CAS PARTICULIER QUE CONSTITUE LE DEVENIR DE L'ENFANT DE MERE CELIBATAIRE ET NOTES CONCERNANT LE COTE SOCIAL ET PSYCHO-AFFECTIF DE CETTE ETUDE.

Sur cet ensemble de 120 grossesses survenues chez de très jeunes mères, on peut dire que grossièrement les 2/3 ne sont pas à différencier des grossesses survenues à l'ensemble des jeunes primipares puisque beaucoup sont mariées et commencent à vivre leur vie de femme adulte, peut-être seulement quelques années plus tôt qu'elles ne l'avaient prévu.

Mais il y a cet autre 1/3 représenté d'abord par les plus jeunes d'entre elles, qui sont à l'âge scolaire, dont la vie va être très perturbée, puis par celles très immatures qui ne peuvent prendre cet enfant malvenu en charge sur le plan affectif.

Dans les études faites sur les possibilités psychologiques de ces jeunes femmes, il ressort que ces sujets sont d'intelligence normale, mais d'expression souvent pauvre par défaut d'instruction, provenant souvent de milieux défavorisés et surtout de familles mal équilibrées. Elles sont marquées par une immaturité affective entraînant une mauvaise adaptation à la vie concrète, d'où la difficulté de sa réinsertion, d'une part dans le milieu familial ou affectif, et d'autre part au niveau de son indépendance socioprofessionnelle.

On sait que l'accouchement est vécu toujours dans l'angoisse et qu'il augmente la sensation de culpabilité qui a existé tout le long de sa grossesse.

Puis on observe son attitude immédiate envers l'enfant ; elle doit dès la naissance prendre une décision fondamentale vis-à-vis de son bébé, qui engage de façon définitive tout l'avenir : soit le garder avec toutes les difficultés que cela implique, soit donner son consentement à l'adoption. Il a été noté que 1/3 environ des jeunes mères, et à fortiori les très jeunes, sont indécises. Cette hésitation peut conduire à des placements répétés de l'enfant entraînant un désintérêt progressif de la part de la mère, et un abandon tardif, camouflé, rendant précaire une adoption.

Que représente l'enfant dans la vie de la jeune mère ?

Il occupe bien sûr une place primordiale : il est aimé d'un amour exclusif, mais il est en même temps témoin d'une situation humaine difficile et douloureuse. Cette ambiguïté fondamentale peut être dépassée si le psychisme maternel retrouve son équilibre, l'enfant devient un élément de première valeur dans un projet vital dynamique.

Parfois, l'enfant est considéré comme un gêneur et devient une source de conflits psychologiques avec des réactions mal contrôlées : punition de l'enfant, refus de travail personnel, réponses agressives aux autres adultes.

L'excès d'attachement à l'enfant est une attitude assez fréquente qui risque d'étouffer son éveil psycho-affectif et de faire écran à l'épanouissement maternel dans ses rapports sociaux et familiaux.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité rencontrés chez l'enfant élevé par une mère célibataire, on observe dans la petite enfance des troubles à type d'agitation, de cris, de retard d'éveil psycho-moteur, d'anorexie, rumination, hostilité ou indifférence au milieu extérieur et souvent un certain défaut de développement somatique accompagné de la répétition d'accidents infectieux traînants.

La phase suivante peut-être marquée par des troubles du comportement : marche tardive, troubles du sommeil, colères, désordre de la parole, retard de l'acquisition de la propreté, tics, et manies diverses etc...

Le début de la vie scolaire voit survenir de nouvelles difficultés ; l'enfant se sent différent de ses camarades et s'adapte mal au groupe et à la discipline de la classe.

Qu'en est-il au niveau de notre étude ?

Il est d'abord à noter que bien souvent on ne sait pas qui va s'occuper de l'enfant lorsque la mère reste célibataire. Même les enfants revus plus ou moins régulièrement en consultation ne sont examinés que sur le plan somatique et celui de son développement psycho-moteur ; l'examineur est rarement intéressé par le devenir socio-affectif de ce couple mère-enfant. Quelques renseignements nous sont fournis par le dossier social du Service.

Quand on sait quelque chose, on note surtout :

- Quelques-unes se marient après quelque temps avec le père de l'enfant, surtout dans les cas où le père est lui-même très jeune.
- Quelques enfants sont élevés par la famille de leur mère et deviennent en quelque sorte le petit dernier, surtout quand il y a déjà beaucoup de frères et soeurs. On aimerait d'ailleurs connaître exactement ce qu'on a dit à l'enfant et s'il sait qui est sa mère réelle. Nous en avons deux cas.
- Trois seulement seraient parties après l'hospitalisation de leur enfant à la Maison des Mères avec lui. Nous les avons toutes perdues de vue.
- Deux enfants ont été revus pour suspicion de mauvais traitements. L'un a semblé épanoui, le couple parental normal. Quant à l'autre, il a été réhospitalisé pour une fracture du tibia que l'on a formellement intégrée à un syndrome de SILVERMANN, la mère ayant reconnu que l'enfant était difficile et qu'elle se mettait souvent en colère. C'est une jeune Martiniquaise, vivant alors en concubinage avec un Martiniquais marié et non le père de l'enfant ; elle est trouvée effectivement très immature. La solution pour cet enfant a été le retour, seul, à la Martinique, chez sa grand-mère.
- Dans l'ensemble de notre population, et parmi les suffisamment anciens pour qu'on ait pu suivre les enfants jusqu'à l'âge scolaire, nous avons été frappés par le pourcentage important de problèmes psychologiques et de difficultés d'adaptation scolaire. Il faut donc croire que le très jeune âge de la mère à la naissance de l'enfant, même lorsque se constitue un foyer, est préjudiciable au développement psycho-affectif de l'enfant, et qu'il est important que soient suivies ces jeunes femmes pour qu'on les aide à devenir adultes.

Si notre étude pouvait apporter quelque progrès à la surveillance des enfants qui passent dans le Service de néo-natologie, nous dirions que :

- 1) L'on devrait plus s'intéresser lors des consultations des anciens hospitalisés à l'avenir socio-affectif de ces enfants.
- 2) L'assistance sociale du service devrait être systématiquement au courant de ces hospitalisations d'enfants de mères très jeunes célibataires, et pouvoir faire le lien avec les équipes socio-médicales de quartiers.

C O N C L U S I O N S

Cette étude concernant la pathologie et l'évolution somatique et psycho-motrice d'enfants nés de mères mineures au bout d'une grossesse "à risque" (puisqu'elle s'est terminée par une hospitalisation du nouveau-né), nous permet de dire :

1) Sur le plan pathologie générale

a) chez la mère : au niveau purement physique, rien ne semble empêcher une très jeune femme en âge de procréer - ici de 13 à 18 ans - de mener une première grossesse comme les femmes plus âgées. Cependant, ces grossesses s'accompagnent plus fréquemment d'infection urinaire ou de néphropathie gravidique, cette dernière pathologie étant le plus souvent préjudiciable au développement foetal ; ce risque est augmenté par l'absence de surveillance gestationnelle d'un certain nombre de ces grossesses. D'autre part, le taux de prématurité est élevé, mais les causes somatiques retrouvées sont identiques à celles des accouchements prématurés des femmes plus âgées.

b) chez l'enfant : la plupart des enfants concernant notre étude sont prématurés. Hormis les risques habituels liés à la prématurité, et communs à tous, ces enfants ne font pas de pathologie particulière, et 72 % d'entre eux ont un poids de naissance inférieur à 2.500 grs.

2) Sur le plan socio-psychologique

C'est à ce niveau que l'on peut se permettre d'émettre l'avis qu'une grossesse survenant chez une jeune femme mineure n'est souvent pas un fait heureux tant pour la mère que pour son enfant. Hormis, un petit nombre de cas où la grossesse est désirée par la jeune mère, ou naturelle par son état de femme mariée, dans les autres cas, cette grossesse entraîne très souvent :

- chez la jeune femme, presque toujours immature, un bouleversement dangereux dans sa vie, et un climat de tension psychologique qui font augmenter le risque de prématurité.

- chez l'enfant, outre les risques liés à la prématurité quand elle existe, des risques au niveau de son développement psycho-affectif, découlant des mauvaises conditions de vie pendant les premières années passées avec - ou sans - une mère vivant dans un état de déséquilibre psycho-affectif. Cependant, malgré ces difficultés, on peut dire que le développement somatique et psycho-moteur de ces enfants est jugé la plupart du temps normal.

Il faut signaler enfin que ces grossesses se terminent assez fréquemment par l'abandon de l'enfant (8,8 %) - Ce fait fondamental dans l'évolution d'une jeune femme n'a pas été étudié dans son retentissement psychologique lointain.

Le Directeur
de l'U.E.R. LYON-NORD

Professeur Ag. J-P NEIDHARDT

Le Président de la Thèse
professeur M. BETHENOD

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 20 mai 1977

Le Président de l'Université Claude BERNARD
LYON I
Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - BAIZERMAN M., SHEEHAN C. , ELLISON DL. , SCHLESINGER ER.
Pregnant adolescents. A review of literature with abstracts ;
1960-70, distributed by the consortium on early chilbearing
and childrearing.
Washington Dc. National and Child Health Service. 1971.
- 2 - CLAMAN A.D. , BELL H.M.
P Pregnancy in the very young teenager.
Am. J. Obst. Gynec. 1964, 90, 350.
- 3 - COATES J.B.
Obstetrics in the very young adolescent.
Am. J. Obst. Gynec. 1970, 108, 68
- 4 - DELBARD M.F. Thèse 1975.
Etude de 169 dossiers de mères célibataires ayant séjourné
en hôtel maternel.
- 5 - GELIOT G. Thèse 1975.
La grossesse hors mariage. Considérations maternelles et néo-
natales. A propos de 499 observations comparées à un lot témoin.
(années 72-73).
- 6 - GRANT J.A. , HEALD F.P.
Complications of adolescent pregnancy. Survey of the littérature
on fetal outcomes in adolescence.
Clinical Pediatrics. Philadelphia. 1972, 11, 567.
- 7 - MARCHETTI A.A. , MANAKER J.S.
Pregnancy and the adolescent.
Am. J. Obst. Gynec. 1950, 59, 1013.
- 8 - OBENG B.B.
Pregnancy in girls under 16 years.
J. of Obst. and Gynecology of the british Commonwealth.
London, 1969, 76, 640

- 10 - WATTEVILLE (de) H., VOLET B., BEGUIN F.
Les facteurs médico-sociaux dans l'étiologie de l'
accouchement prématuré.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obst. 1963, 15, 173.
- 11 - WISER E. et Catheline BERGER.
Etude prospective sur l'évolution des enfants nés de
mère célibataire.
Revue de Neuro-Psychiatrie infantile. 1976, 24, (n°1-2), 17-24
- 12 - WONDER , AHE C.V.
The unwed teenage mother.
Am. J. Obst. Gynec. 1969, 104, 279.
- 13 - WOOD C., SHANMUGAN N., MEREDITH E.
The risk of premarital conception.
Medical Journal of Australia. 1969, 2, 228.
- 14 - INSERM (Une enquête nationale réalisée par)
La femme enceinte et le nouveau-né.
Revue du Prat. 1974, 24, 4220.
- 15 - School-age parents.
N° spécial de J.School Health. 1975, 45, 5.
- 16 - La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence.
Chronique OMS, 1976, 30, 116-118.
- 17 - La mère célibataire et son enfant.
Revue de Neuro-Psychiatrie infantile et d'hygiène mentale
de l'enfance. 24è A, n°4-5(avr.-mai 76), 189-299.

